



0846 Respuesta al tratamiento y supervivencia en pacientes adultos con leucemia promielocítica aguda tratados con el protocolo del International Consortium on Acute Promyelocytic Leukemia (IC-APL) modificado

Contreras J

SSA, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubiran

En 2006 se puso en marcha el protocolo de tratamiento del International Consortium on Acute Promyelocytic Leukemia (IC-APL) que pretendía mejorar las tasas de remisión completa y de supervivencia para países en desarrollo mediante un esquema ajustado con base en el riesgo y la aplicación de daunorrubicina en lugar de idarrubicina. **Objetivos:** evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento empleado en el periodo 2007-2013. Estimar las tasas de remisión completa y recaída. Estimar supervivencia global y libre de enfermedad. Estimar mortalidad asociada a

quimioterapia y perfil de toxicidad del esquema. **Material y métodos:** estudio de cohorte retrospectiva de pacientes adultos con LPA t(15;17)(q22;q12PML/RARA) tratados en la Clínica de Leucemia Aguda del Departamento de Hematología y Oncología del INCMNSZ, en el período comprendido entre enero de 2007 al 1º junio de 2013. **Resultados:** de los 18 pacientes tratados con el esquema IC-APL 2006 modificado, 17 alcanzaron RC (94.4%) con una mediana de 42 días. Un paciente falleció (5.5%) durante la inducción y este paciente fue el que mencionamos en párrafos anteriores con múltiples comorbilidades. Doce pacientes (66.7%) presentaron complicaciones infecciosas grado 3-4 y 2 (11.1%) complicaciones no hematológicas grado 3-4. Durante el seguimiento se documentó una recaída (5.9%) la cual fue en médula ósea. La paciente fue sometida a trasplante autólogo de células progenitoras hematopoyéticas y posterior al mismo se documentó pro-

gresión de la enfermedad, lo que condicionó su muerte. Del total de pacientes, 2 fallecieron (11.1%): uno en aplasia post-quimioterapia durante inducción (5.5%) y el otro por progresión de la enfermedad post-TCH autólogo (5.5%). Al momento del análisis se documentó cese electivo de tratamiento en 10 de los 16 pacientes (62.5%) y la mediana de supervivencia global no había sido alcanzada. A 29 meses de seguimiento, la SG fue de 89.1% y solamente un paciente recayó (5.8%). **Discusión:** hasta el momento, esta es la primera serie de pacientes con LPA tratados de forma independiente con el protocolo recientemente publicado por el IC-APL. Aunque la cohorte es pequeña, confirmamos las tasas de respuesta y supervivencia previamente publicadas. **Conclusiones:** actualmente, incluso en países en desarrollo, el pronóstico de la LPA es muy bueno, con altas tasas de remisión completa y supervivencia global.

INFECTOLOGÍA

0012 Colitis ulcerativa crónica inespecífica y tuberculosis abdominal en un paciente con inmunosupresión adquirida

Batún J, Valencia N, Hernández E
Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Roviroso Pérez, SSA

Introducción: la incidencia de la colitis ulcerativa crónica inespecífica (CUCI) es 1,2 a 20,3 casos por cada 100,000

personas. Las personas con VIH tienen el doble de posibilidad de presentar CUCI que la población general. Debido a que los linfocitos CD4 son necesarios para modular la actividad inmunológica de la mucosa intestinal, se produce un incremento de la actividad de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) o la aparición de novo. La tuberculosis abdominal (TBA) en pacientes con VIH afecta hígado, bazo, riñón y la región ileocecal, el cuadro clínico es similar al de otras enfermedades abdominales.

Descripción del caso: masculino de 34 años, portador de VIH. Inicia su padecimiento hace 4 meses, al presentar dolor abdominal en flanco y fosa iliaca izquierda, tipo cólico, intenso, intermitente, fiebre, evacuaciones líquidas, café amarillentas, alternando con hematoquecia, por lo cual acude a hospitalización. Paraclínicos a su ingreso leucocitos $14.2 \times 10^3/\mu\text{L}$, neutrófilos $13.3 \times 10^3/\mu\text{L}$, linfocitos $0.5 \times 10^3/\mu\text{L}$, Hb 9.2 g/dL, plaquetas $375.00 \times 10^3/\mu\text{L}$. EF Abdomen con dolor a la palpación superficial y profunda generalizada, peristalsis disminuida. USG abdominal reporta ascitis; TAC de abdomen: hígado, bazo y ambos riñones, con imágenes hipodensas redondeadas, páncreas con lesiones hipodensas amorfas e irregulares situadas en cabeza y cuerpo, ganglios necróticos retroperitoneales, meséntéricos y peritoneales. El

paciente presenta estreñimiento, distensión abdominal, e intensificación del dolor, tacto rectal con ausencia de material fecal en ampulla rectal, se realiza colonoscopia la cual reporta múltiples úlceras de predominio en colon transversal y ascendente y en forma aislada en colon izquierdo y sigmoides, se realiza estudio histopatológico de úlceras colónicas el cual reporta colitis ulcerativa crónica inespecífica se inicia mesalazina. Se realiza paracentesis y PCR de líquido de ascitis para M. tuberculosis la cual resulta positiva y se inicia manejo con Dotbal, el paciente presenta deterioro clínico y fallece.

Conclusiones: a pesar de que en la literatura existen pocos casos de coexistencia entre VIH y EII, es importante tener en cuenta que la enfermedad diarreica sanguinolenta en el paciente infectado por VIH/SIDA no solamente es causada por patógenos infecciosos sino que pueden coexistir otras enfermedades como la EII o la TBA.

0015 Etiología poco frecuente de mediastinitis necrotizante descendente

Batún J, Valencia NI, Hernández E

Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Roviroso Pérez, SSA

Introducción: la mediastinitis necrotizante descendente (MND) es la forma más grave de

infección mediastínica propuesta por Estrera et al. Se origina en procesos sépticos odontógenos o cervicales, como abscesos amigdalinos, parotiditis, abscesos pos-fracturas o angina de Ludwig. La diseminación cervico-mediastinal es favorecida por la falta de un adecuado drenaje y por la continuidad anatómica entre estas dos cavidades. **Descripción del caso:** masculino 71 años, portador de DM tipo 2, alcoholismo crónico. Una semana previa a su ingreso presentando fiebre, tos con esputo amarillento, disfagia, aumento de volumen progresivo de la región maxilar y cervical derecha, disnea por lo cual acude a hospitalización. EF mal estado general, fiebre, aumento de volumen, eritema y calor en región cervicomaxilar derecha, polipneico, amplexión y amplexación disminuida, hipoventilación bibasal. Paraclínicos a su ingreso leucocitos $15.9 \times 10^3/\mu\text{L}$, neutrófilos $14.5 \times 10^3/\mu\text{L}$, Hb 12.4 g/dL, glucosa 269 mg/dl, PCR 24 mg/dl. Radiografía de tórax con ensanchamiento mediastínico. TAC de cuello y tórax: Absceso disecante, mediastinitis enfisematosa, derrame pleural derecho, atelectasia laminar en pulmón izquierdo, crecimientos ganglionares inflamatorios bilaterales en cuello. Se instaura tratamiento antibiótico con vancomicina y metronidazol, se realiza cervicotomía longitudinal bilateral y toracotomía posterolateral de aseo y drenaje

con aspiración continua, e ingresa a terapia intensiva, requiriendo aminas y ventilación mecánica. Cultivo de absceso en cuello reporta *Staphylococcus aureus*, BAAR de absceso reportando numerosos filamentos alargados y ramificados compatibles con *Nocardia* y bacilos ácido-alcohol resistentes compatibles *M. tuberculosis*, los cuales se confirman en el cultivo, se inicia manejo con DOTBAL y Trimetoprima sulfametoxazol. El paciente presenta mejoría clínica, sin necesidad de aminas vasoactivas ni ventilación mecánica, retiro de drenajes con cultivos negativos y se egresa en buenas condiciones, sin evidencia de nuevas complicaciones y con antibioticoterapia oral. **Conclusiones:** Se presenta el caso de una MND secundaria a bacilos ácido-alcohol resistentes la cual es una etiología poco frecuente. A pesar de que la MND tiene una mortalidad del 30-60, el diagnóstico temprano y el tratamiento antibiótico y quirúrgico agresivo y oportuno, aumenta la supervivencia.

0019 Cistitis enfisematosa perforada. Reporte de un caso

Batún J, Valencia NI, Hernández E

Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez, SSA

Introducción: la cistitis enfisematosa es una rara condición caracterizada por la presencia

de gas en el lumen y la pared vesical como consecuencia de la colonización de microorganismos fermentadores. Descrita por Eisenhor y Mills como una reacción inflamatoria vesical acompañada de vesículas gaseosas en la pared y asociada a infección urinaria. Su etiología es habitualmente bacteriana, principalmente *E. coli*, seguida de *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter*, *Clostridium perfringens* y especies fúngicas como *Candida*.

Descripción del caso: femenino de 77 años, portadora de DM tipo 2. Dos semanas previas a su ingreso se realiza discoidectomía y liberación radicular ameritando sondaje vesical. Dos días posteriores presenta dolor abdominal generalizado, tenesmo, disuria, hematuria y fiebre, ingresando a medicina interna con el diagnóstico de infección urinaria y lesión renal aguda. Paraclínicos leucocitos $19.8 \times 10^3/\mu\text{L}$, neutrófilos $18.5 \times 10^3/\mu\text{L}$, linfocitos $0.9 \times 10^3/\mu\text{L}$, glucosa 313 mg/dL, Cr 3.72 mg/dL, Urea 194.7 mg/dL, BUN 91 mg/dL, PCR 17.8 mg/dL; EGO proteínas 50 mg/dL, esterasa leucocitaria, leucocitos incontables x campo, eritrocitos 60 cel/ul. Urocultivo: *E. coli*. EF dolor punzante a nivel de hipogastrio y fosas iliacas. Se instaura tratamiento antibiótico, al no presentar mejoría clínica se realiza TAC abdominopélvica: Techo vesical heterogéneo con pérdida

de la interface de su mucosa, con comunicación a la cavidad pélvica, presencia de densidad aire en la vejiga que crea un nivel hidroaéreo. Se realiza LAPE encontrándose natas de fibrina en vejiga, necrosis de la cúpula y caras laterales, con perforación vesical intraperitoneal realizándose celiotomía rafia de vejiga. Posterior a la cirugía ingresa a terapia intensiva, presenta choque séptico el cual remite a las 72 hrs, sin poder realizarse extubación requiriendo traqueostomía, presenta mejoría clínica y se egresa. **Comentario y Conclusiones:** la cistitis enfisematosa es una patología infrecuente, la cual debe sospecharse en los pacientes con factores de riesgo principalmente la diabetes y con el antecedente de manipulación vesical, confirmándose el diagnóstico de manera radiológica. Un diagnóstico temprano y la instauración del tratamiento precoz pueden ayudar a mejorar el pronóstico. Se trata de una enfermedad grave que puede conllevar a complicaciones severas, como sepsis e incluso la muerte.

0044 Evolución de la anemia como indicador de respuesta a tratamiento antituberculoso.

Análisis retrospectivo 2010-2014 en la UMAE CMN La Raza

García G, Luzuriaga M, Cruz M, Carranza R, Jara L

Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: la tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa crónica causada *M. tuberculosis* y es la segunda causa de muerte infecciosa en el mundo. La anemia es una manifestación frecuente en la TB (18 al 94%) secundaria a la supresión de eritropoyesis por mediadores inflamatorios y a retención de hierro por el sistema reticuloendotelial en el monocito/macrófago como mecanismo de defensa del hospedero. La anemia retrasa la negativización del esputo e incrementa el riesgo de mortalidad hasta 6 veces en la tuberculosis pulmonar. **Objetivo:** determinar el número de casos de TB, seguimiento y criterio de respuesta a tratamiento; la prevalencia y tipo de anemia al diagnóstico de tuberculosis, su evolución a 6 meses después del tratamiento antituberculoso comparando entre aquellos que respondieron y los que no al tratamiento. **Material y métodos:** estudio retrospectivo, observacional y descriptivo. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de tuberculosis confirmada, mayores de edad, diagnosticados y tratados entre 2010 y 2014 en la UMAE CMN La Raza, se describieron las características demográficas y clínicas, incluyendo la hemoglobina (Hb) al diagnóstico y durante el tratamiento antituberculoso, para el análisis de la anemia únicamente se incluyeron pacientes con al menos tres mediciones de Hb

y se obtuvieron las diferencias estadísticas con el paquete estadístico SPSSV 22. **Resultados:** se incluyeron 132 pacientes en la descripción de casos de tuberculosis, edad promedio de 41 años, 53% mujeres y 47% hombres. De ellos, 56% tuvo afección extrapulmonar principalmente renal y con mayor frecuencia en mujeres; 44% de tipo pulmonar con predominio en hombres y pacientes con trasplante renal. El cultivo positivo fue el principal método diagnóstico. Se encontró anemia al diagnóstico en 62% de casos, predominantemente normocítica normocrómica. La mejoría en la anemia ocurrió paulatinamente en el seguimiento a 6 meses en 80% de los pacientes que respondieron a tratamiento antituberculoso. La anemia persistió a los 6 meses en quienes continuaron con BAAR o cultivo para tuberculosis positivos. **Conclusiones:** la anemia normocítica normocrómica es altamente frecuente en pacientes con tuberculosis pulmonar y extrapulmonar. La mejoría de la anemia es un indicador claro de que el paciente está respondiendo al tratamiento antituberculoso.

0061 Presentación de un caso de abscesos epidurales lumbares secundarios a bacteriemias por *Escherichia coli*

Martínez A, Peralta A

Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: los abscesos epidurales espinales son una entidad rara de difícil diagnóstico y tratamiento, generalmente son causados por *S. aureus* en pacientes con algún factor predisponente. Aunque el *S. aureus* es la causa en el 60% de los casos, también se han reportado casos de otras bacterias, siendo las principales gram negativas como *E. coli* y *P. aeruginosa*. La diseminación hematógena y la invasión directa posterior a procedimientos invasivos en columna son los principales mecanismo de invasión y la columna lumbar el sitio más común. Presentamos los abscesos epidurales como complicación de bacteremias secundarias a pielonefritis por *E. coli*. **Descripción del caso:** mujer de 71 años portadora de HAS de larga evolución. Inicia con fiebre y dolor lumbar, tratada de forma ambulatoria con múltiples antimicrobianos (amikacina, ciprofloxacino, y ampicilina) de forma secuencial por sospecha de pielonefritis, sin mejoría. Hospitalizada por 14 días y retratamiento con ceftriaxona, sin mejoría, por lo que ingresa a nuestro servicio. Con Girdano izquierdo, dolor lumbar generalizado, fuerza limitada por dolor en extremidades pélvicas. Por laboratorio leucocitosis y neutrofilia, aislamiento de *E. coli* multidrogorresistente en urocultivo y hemocultivos. Ultrasonido renal con cambios inflamatorios en riñón derecho. Por aislamiento microbiológico

se inicia tratamiento con meropenem, persistiendo picos febriles, por lo que se solicita tomografía toracoabdominal, en la que se observan lesiones degenerativas en columna lumbar y absceso de psoas derecho, se solicitan también gammagrama óseo y resonancia magnética de columna lumbar por sospecha de osteomielitis a este nivel, evidenciando osteomielitis y abscesos epidurales. Se indicó tratamiento con meropenem (de acuerdo a antibiograma) por 6 semanas con seguimiento clínico, por laboratorio e imagen. **Discusión:** Mujer de la 8va década de la vida que presenta focos sépticos a múltiples niveles, siendo los más importantes abscesos epidurales lumbares secundarios a siembra hematógena propiciada por bacteremias en el contexto de infección urinaria complicada.

0065 Loxoscelismo cutáneo-visceral. Reporte de caso

Palacios A, Rugerio A
Hospital Regional de Tlalnepantla, ISSEMYM

Descripción del caso: femenino de 35 años sin antecedentes. Ingresó con mialgias, eritema y dolor en muslo, TA60/40mmHg FC120x' con placa violácea en muslo izquierdo; leucocitos 24000 Hb 14 plt 226000, crea 0.8 acidosis metabólica y hematuria. En UCI se inician aminas y dapsona. A 48 hrs con lesión vesiculosa, se prolonga

TTP, disminuyen hemoglobina y plaquetas (Figura 1). A 72 hrs se aplica Ig antiloxosceles con mejoría cutánea y sistémica. Se retiran aminas y egresa a Medicina Interna con alta a domicilio sin necesidad de debridación. Hay dos formas de loxocelismo: Cutáneo (90%): dolor por isquemia local. Cutáneo-visceral (10%): isquemia local y hemólisis intravascular masiva. No hay pruebas que confirmen el diagnóstico. El tratamiento es con dapsona y esteroides; el suero Antiloxosceles solo es útil hasta 12 hrs después. **Conclusión:** el loxocelismo es poco conocido a pesar de la alta prevalencia de especies en México. En este caso, el suero condiciona mejoría a pesar de aplicarse hasta 72 hrs después.



Figura 1. Loxoscelismo cutáneo-visceral.

0077 Manifestaciones por citomegalovirus en paciente inmunocompetente

Rodríguez M, Corral M, Matamoros A, Sánchez E, Ramírez R, López R, Reyes A, Terán J
Hospital Central Norte, PEMEX

Introducción: la infección por citomegalovirus (CMV) permanece latente toda la vida, presentando períodos de reactivación. Los anticuerpos séricos se reportan en cerca del 80% de la población mayor de 50 años. La infección adquirida es asintomática en 90%, y cuando es sintomática puede presentarse como síndrome similar a mononucleosis (10-20%). Se han descrito casos de neumonitis, hepatitis, miocarditis y meningoencefalitis en inmunocompetentes. **Descripción del caso:** masculino de 43 años, portador de 4 tatuajes, toxicomanías y transfusionales negados, previamente sano, ingresa por fiebre de 5 días de evolución, cefalea, dolor abdominal difuso tipo cólico, sin respuesta a tratamiento previo. Presenta esplenomegalia, leucocitosis, linfocitos 61%, deshidrogenasa láctica 638 UI/L, TGO 111UI/L, TGP 179 UI/L, bilirrubina total 0.75 mg/dL. Reacciones febriles, panel de hepatitis, HIV, Epstein Barr, PCR para M. tuberculosis, mielocultivo y hemocultivo negativos. Inmunoglobulina M y G positivo para CMV. Tomografía de abdomen con engrosamiento concéntrico de la mucosa en recto, líquido libre periregional, esplenomegalia, adenomegalia de cadena parailíaca izquierda; se descarta neoplasia e inicia tratamiento con ganciclovir remitiendo cuadro. **Discusión:** se presenta paciente inmunocompetente con CMV,

síndrome febril, linfocitosis y transaminasemia. Se ha descrito que puede afectar de manera severa (1.7-5.2%) a todos los sistemas, siendo más afectado el gastrointestinal con alteraciones hepáticas entre 7-14 días posterior a la fiebre. En este caso afectó hígado y bazo de manera primaria, tratado con medidas de soporte y antibióticos sin respuesta, el uso de ganciclovir condicionó remisión del cuadro. Existen pocos casos reportados de infección por CMV en pacientes inmunocompetentes debido a su autolimitación, siendo este caso de relevancia por su progresión clínica. **Conclusión:** la infección por CMV se adquiere por vía oral, contacto sexual o transfusión, se manifestó en este caso con fiebre persistente no autolimitada en inmunocompetente. Presentó hepatitis subclínica con anomalías en las transaminasas y bilirrubina.

0084 Importancia de diagnóstico temprano en mucormicosis

Baca A, Gonzaga T, Lagunas M, Copca V, Bautista A, Martínez M, Hernández A, Corral A, Terán J, Reyes A, Alba O, Cruz L. Hospital Central de Norte, PEMEX

Introducción: enfermedad micótica oportunista, angioinvasiva aguda, con 6 patrones de presentación, la más frecuente es la rinocerebral que condiciona trombosis y necrosis de los tejidos, transmitido por

inhalación de esporas o inoculación directa. **Descripción del caso:** femenino de 75 años con Diabetes Mellitus 2 mal controlada (hemoglobina glucosilada 11.4%), Ingresa por descontrol metabólico (glucosa 600 mg/dl) e infección respiratoria, leucocitosis 12.600. Al 4° día con quemosis, edema palpebral, proptosis, celulitis periorbitaria izquierda, sinusitis y elevación en leucocitos (25.000). Rinoscopía con escara necrótica en cornete inferior, medio y techo nasal izquierdo. Evolución tórpidamente con lesión de III, IV y VI nervios craneales izquierdos, tomografía con pansinusitis fúngica aguda, destrucción de cornetes bilaterales de componente osteolítico, celulitis extraconal bilateral. Biopsia reporta Mucormicosis. Se inicia anfotericina B liposomal, dosis acumulada 9.2g. Posteriormente Posaconazol 400 mg por 6 meses y resección de áreas necróticas nasales, maxilectomía media y mucosectomía de seno maxilar izquierdo. **Discusión:** es común en inmunocomprometidos, diabéticos mal controlados o con cetoacidosis, representando el 8.3- 13% de las infecciones micóticas y el 3° lugar en micosis invasivas diagnosticadas por autopsia, más frecuente en mujeres (relación 3:1 entre los 15-57 años). Se presenta con fiebre de bajo grado, sinusitis, dolor facial unilateral, placas necróticas nasales y de paladar, disminución de la agudeza visual,

oftalmoplejia, con progresión de la enfermedad hasta déficit sensorial de la 1° y 2° división del V par, quemosis y proptosis ocular. El diagnóstico requiere: sospecha clínica más toma de biopsia y visualización directa de las hifas. Para evaluar la invasión a estructuras óseas y sistema nervioso central la tomografía es útil aunque el mejor estudio es la Resonancia.

Conclusión: es una enfermedad invasiva común en pacientes diabéticos mal controlados, con rápida evolución y buen pronóstico si se realiza un diagnóstico oportuno. Presentamos una variante rinosinusal, que respondió adecuadamente al tratamiento médico y quirúrgico conservador, con remisión de la enfermedad.

0094 Patrón de resistencia a quinolonas en enterobacterias con betalactamasa de espectro extendido y su correlación con el uso previo de quinolona y aminoglucósido en Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos durante el año 2014

Salgado T, Morones I, Gonzaga T, Aleman D, Lopez L, del Prado X, Martínez N, Ceñal I, Terán J, Vázquez S, Castro L, Reyes A, Meza D

Hospital Central Norte, PEMEX

Introducción: las Betalactamasas de espectro extendido (BLEE) son enzimas que hidrolizan antibióticos betalactámicos y se encuentran distribuidas entre las enterobacterias. Los

carbapenémicos son la terapia de elección ante estas bacterias, pero recientemente se ha documentado resistencia a bacterias nosocomiales asociado a su abuso. Las quinolonas toman importancia ya que se ha documentado buena respuesta al presentar sensibilidad in vitro, sin embargo hay registros de resistencia a esta familia de antibióticos asociado al uso indiscriminado de quinolona y/o aminoglucosidos al menos 1 mes previo al reporte del cultivo con enterobacteria BLEE. **Objetivo:** determinar el patrón de resistencia a quinolonas en enterobacterias BLEE documentadas en hemocultivos y urocultivos en el Hospital Central Norte de PEMEX durante el año 2014. Analizar la correlación con el uso previo de quinolona y aminoglucosido. **Material y métodos:** estudio retrospectivo, observacional, transversal, descriptivo y analítico. Se hizo el análisis estadístico mediante el coeficiente de correlación de Pearson y una regresión lineal con mínimos cuadrados ordinarios. **Resultados:** se reportaron 423 cultivos con enterobacterias BLEE encontrando resistencia a quinolonas del 89.28% en urocultivos y 90.32% en hemocultivos. Existe un grado de correlación de 0.964 en hemocultivos con el uso previo de quinolonas y de 0.449 con aminoglucosidos. En urocultivos fue de 0.940 con uso previo de quinolonas y de 0.653 con aminoglucosidos.

Posteriormente se realizó una regresión lineal mediante los mínimos cuadrados ordinarios encontrando causalidad positiva entre ambos eventos del 80.40% en hemocultivos y del 84.73% en urocultivos.

Discusión y Conclusiones: hay alta resistencia a quinolonas en enterobacterias BLEE, también correlación estadísticamente significativa con el uso previo de quinolonas y aminoglucosidos, por lo que recomendamos las siguientes medidas para modificar esta resistencia y así tener más opciones terapéuticas: aislamiento intrahospitalario, lavado de manos recomendado por la OMS, protección para manejo de secreciones, evitar procedimientos invasivos innecesarios, desescalamiento antimicrobiano en base a cultivos y educación a médicos de primer contacto en cuanto al uso correcto de antimicrobianos.

0095 Neumonía bacteriana, diferencia entre gémenes aislados en el Hospital Central Norte de Pemex y lo reportado en la literatura internacional, asociado a resistencia bacteriana. Importancia de realizar guías locales

Gonzaga T, Salgado T, Morones I, Copca V, Bautista A, Lagunas M, Martínez M, Baca A, Hernández A, Terán J, Vazquez S, Reyes A, Castro L

Hospital Central Norte, PEMEX

Introducción: es una infección secundaria a microorganismos

adquiridos fuera del ámbito hospitalario. Representando un problema de salud pública en México y el mundo, con 8 a 15 por 1,000 personas al año, siendo la 7° causa de muerte en Estados Unidos. *Streptococcus pneumoniae* es el germen más frecuente (21-39%), seguido por *Haemophilus influenzae* (1.5-14%) y *Staphylococcus aureus* (0.8-8.7%) en pacientes ambulatorios. Mientras que *S. pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae* y *Chlamydia pneumoniae* en hospitalizados.

Objetivo: determinar si existe diferencia entre gémenes causales de neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en el Hospital Central Norte, que recibieron tratamiento acorde a las guías de la IDSA (Infectious Diseases Society of America) de Enero del 2013 a Mayo del 2015 con lo reportado en la literatura internacional y su resistencia bacteriana. **Material**

y métodos: estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. Con un Universo de 249 pacientes, siendo una muestra probabilística.

Resultados: se obtuvieron 112 cultivos de expectoración con desarrollo de 3 bacterias principales; *Pseudomonas aeruginosa* 25%, *Escherchia coli* 22.9% y *Klebsiella pneumoniae* 12.5%, que al compararse con la literatura internacional (IDSA) solo coincidían en el 0.89% con desarrollo de *S. pneumoniae*. El tratamiento empírico basado en dichas guías (ceftriaxona

+ claritromicina/azitromicina o levofloxacino) reportó una resistencia del 91.6% y 66.6% para *Pseudomonas aeruginosa*, 72.7% para *Escherichia coli* y del 66.6% y 83% para *Klebsiella pneumoniae*; respectivamente.

Discusión y conclusiones: la NAC se encuentra dentro de las 5 principales causas de morbilidad y mortalidad en el Hospital Central Norte, con un predominio de bacterias Gram negativas, siendo determinante analizar al ingreso hospitalario las comorbilidades, tratamientos previos y severidad antes de iniciar un tratamiento empírico. Este estudio reportó mayor sensibilidad a amikacina, gentamicina, cefepime, piperacilina/tazobactam y carbapenémicos. Concluyéndose la importancia de obtener cultivos confiables, con mayor sensibilidad y especificidad, así como creación de guías locales en cada unidad de salud, con la finalidad de disminuir resistencias bacterianas, complicaciones, días de estancia intrahospitalaria, reingresos y adecuar el tratamiento con los gérmenes aislados.

0100 Comparación de enterobacterias betalactamasa de espectro extendido en hemocultivo y urocultivo tomados durante el 2012, 2013 y 2014 en Hospital Central Norte de Pemex
Morones I, Salgado T, Gonzaga T, Santillan W, López D, Reyes I, Hernández R, Paz A, Terán J, Meza D, Reyes A
Hospital Central Norte, PEMEX

Introducción: el incremento en la resistencia bacteriana constituye un problema de salud pública a nivel mundial. Las enterobacterias que generan betalactamasa de espectro extendido (BLEE), son una de las principales causas de infección tanto nosocomial como de la comunidad. **Objetivos:** comparar la presencia en urocultivo y hemocultivo de enterobacterias BLEE, identificar las más frecuentes y evaluar si hay incremento estadísticamente significativo durante el 2012, 2013 y 2014, en el Hospital Central Norte de PEMEX. **Material y métodos:** diseño observacional, analítico, transversal, retrospectivo. Excluyendo cultivos con desarrollo polibacteriano, contaminación o sin reporte de antibiograma. El universo fue de 4258 cultivos, trabajando una muestra probabilística de 1019 cultivos. En el análisis se utilizó χ^2 de Pearson con corrección de continuidad de Yates. **Resultados:** Hemocultivos: En 2012, el 48.65% fueron BLEE y el 51.35% NO BLEE; En 2013, 70.83% fueron BLEE y 29.17% NO BLEE; En 2014, el 59.32% fueron BLEE y 40.68% NO BLEE. Urocultivos.- En 2012, el 27.71% fueron BLEE y 72.29% NO BLEE; En 2013, el 26.69% fueron BLEE y 73.31% NO BLEE; En 2014, el 32.87% fueron BLEE y el 67.13% NO BLEE. Obteniendo para hemocultivos una $p=0.1273$ y para los urocultivos una $p=0.2366$. Tanto para hemocultivo como

urocultivo *Escherichia coli* fue el agente más frecuente, seguido de *Klebsiella spp.* **Discusión y conclusiones:** No hubo incremento estadísticamente significativo para hemocultivo ni urocultivo. Existe una gran producción de BLEE, siendo hasta del 70% en hemocultivos, a diferencia del 30 a 60% en latinoamérica. Se observó que el patógeno más frecuentemente aislado es *Escherichia coli* (88%), en comparación con lo reportado en el estudio SENTRY para América Latina donde *Klebsiella pneumoniae*-BLEE es el agente más frecuente (45%). En cuanto a urocultivos, no sorprende que *Escherichia coli* represente el 92% de las enterobacterias BLEE, ya que continua siendo el principal agente causa de infección de vías urinarias. Aceptamos la hipótesis nula, quedando en evidencia una alta producción de BLEE, por arriba de lo reportado a nivel mundial, que podría explicarse por el uso indiscriminado de cefalosporinas. Hay que reconsiderar las medidas contención como el lavado de manos, desescalamiento antimicrobiano de acuerdo a reporte de cultivos y realización de guías locales.

0101 Factores pronósticos de mortalidad en pacientes con neumonía intrahospitalaria
García E, Escobedo J, Liceaga M
Hospital General Regional 1, Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro, IMSS

Introducción: entre las complicaciones que se presentan durante el ingreso hospitalario, las infecciones nosocomiales representan el 40%, siendo la neumonía nosocomial (NN) la 2ª infección en frecuencia. Aumentando la morbilidad, mortalidad, días de estancia hospitalaria y costos de atención a la salud. **Objetivo:** analizar la asociación de edad >65 años, comorbilidades,

puntuación de APACHE II, signos vitales, laboratorio al diagnóstico; como factores de riesgo de mortalidad para NN. **Material y métodos:** se estimó la fuerza de asociación de cada una de las variables independientes con la razón de momios con un intervalo de confianza al 95%. Al evaluar la participación independiente de cada factor de riesgo se realizó un modelo multivariado de

regresión logística. **Resultados:** se estudiaron 128 pacientes con NN; 50.7% falleció. Factores pronósticos de mortalidad en pacientes con neumonía intrahospitalaria). **Conclusión:** al identificar factores de letalidad en pacientes con NN el inicio del tratamiento médico es agresivo, disminuyendo mortalidad y mejorar el pronóstico.

0105 Determinación de la dosis diaria definida de antibióticos durante el 2014 en un hospital privado de la zona metropolitana de la Ciudad de México

González S, Villagroy J
Hospital Ángeles Lomas

La Organización Mundial de la Salud (OMS) propone a la Dosis Diaria Definida (DDD) como un método de medición y uso de medicamentos, y se define como “de mantenimiento diario para cualquier medicamento que se usa para su indicación principal en adultos”. Se realizó un estudio de consumo de antibióticos (AB) en el año 2014, se incluyeron todos los utilizados, se excluyeron aquellos sin DDD definido, combinados, o cuya medida no este en gramos. Se obtuvieron 48 AB. El 64% de las dosis de AB están distribuidas en 9 antibióticos, 8 de ellos de amplio espectro (Figura 1). La ocupación hospitalaria durante el 2014 fue 34%. Se observan los resultados de los 10 AB más usados. Se hizo énfasis en los carbapenémicos y las quinolonas. En conclusión este tipo de

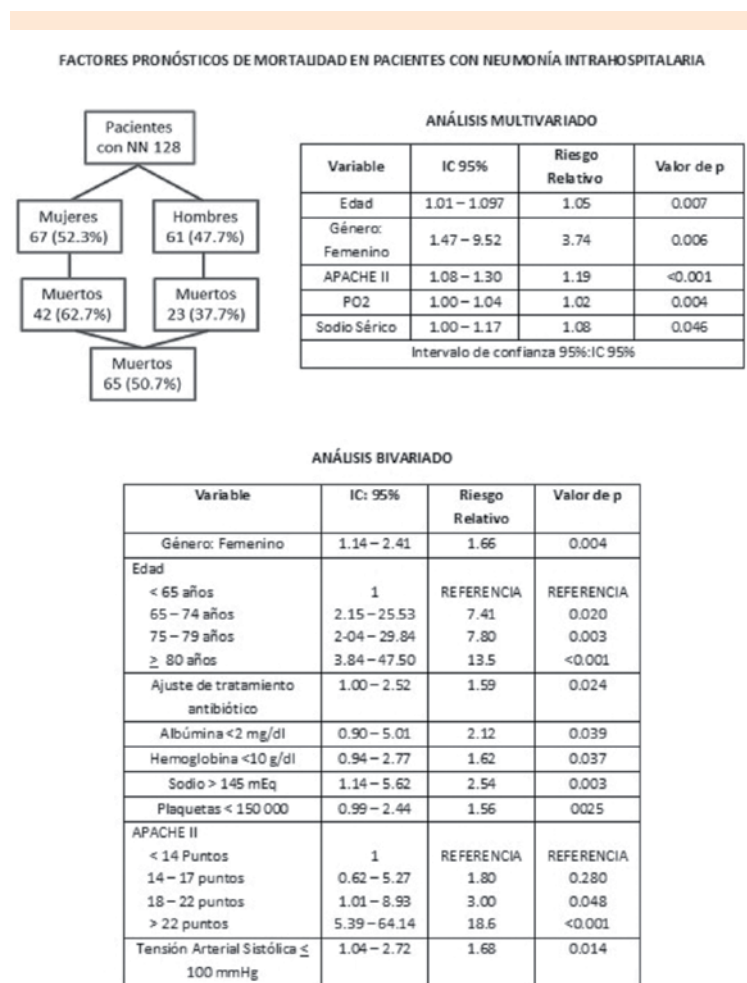


Figura 1.

Gráfico 1. Porcentaje de uso de antibióticos en 2014

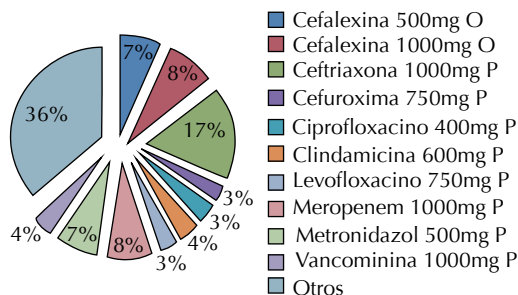
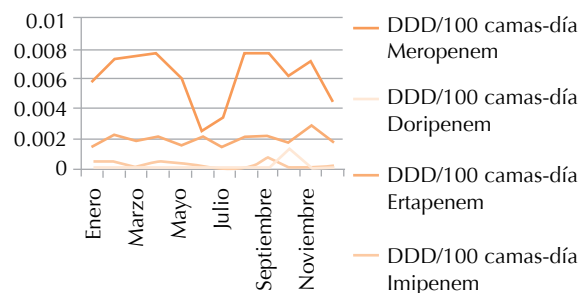


Gráfico 2. DDD/100 camas-día en Carbapenémicos



Gráfica 3. DDD/100 camas-día Quinolonas

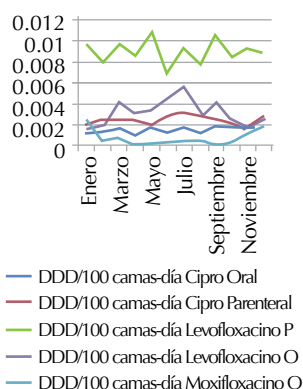


Tabla 1. DDD/100 camas-día antibióticos más usados

Antibiótico	mg	Adm	Total Dosis	Total en Mg	DDDOMS en G	DDD OMS mg	No. DDD Consumidas	DDD/ 100 camas-día
Cefalexina	500	O	2965	1482500	2	2000	741.25	2.804228
Cefalexina	1000	O	3468	346800	2	2000	1734	6.5500739
Ceftriaxona	1000	P	7372	7372000	2	2000	3686	13.94453209
Cefuroxima	750	P	1194	895500	3	3000	298.5	1.129257414
Ciprofloxacino	400	P	1547	618800	0.5	5000	1237.6	4.681973117
Clindamicina	600	P	1624	974400	1.8	18000	541.3333333	2.047921876
Levofloxacino	750	P	1353	1014750	0.5	500	2029.5	7.677815483
Meropenem	1000	P	3625	3625000	2	2000	1812.5	6.856881282
Metronidazol	500	P	3287	1643500	1.5	1500	1095.666667	4.145024143
Vancomicina	1000	P	1592	1592000	2	2000	796	3.011353104

Figura 1. Determinación de la dosis diaria definida de antibióticos.

estudios sirven como base para el análisis posterior y monitoreo del correcto uso de los AB en las unidades hospitalarias.

0128 Tétanos generalizado clase III de Ablett. Reporte de caso
Ramírez N, Navarrete H, Hernández M
Hospital General de Cuernavaca Dr. José G. Parres, SSA

Introducción: en México solo se han reportado 3 casos de tétanos en el 2013. Según

estadísticas estadounidenses solo el 22% de los pacientes ha recibido profilaxis de forma apropiada. Cerca del 24% de los casos fallece. **Descripción del caso:** hombre de 49 años de edad, albañil, diabético. Presenta herida cortante en 4ta falange de mano izquierda ocasionada con varilla oxidada curada el mismo día. Después de 10 días ingresa a hospitalización refiriendo dificultad para la apertura oral, disfagia, disfonía, rigidez cer-

vical, ortopnea y parestesias ascendentes progresivas en extremidad torácica izquierda, acompañadas de espasmos distales los cuales se generalizan. A la exploración la herida en articulación interfalángica distal con tendón flexor expuesto, necrosis y maceración de tejidos. Ante la sospecha de tétanos se inicia manejo avanzado de la vía aérea, desbridación de herida con aplicación de 3000u de gammaglobulina humana tetánica y se inicia tratamiento



con penicilina sódica cristalina 18 millones de unidades al día. Durante su estancia intrahospitalaria presenta parálisis espástica la cual se exacerba al estímulo táctil y luminoso e ingresa a terapia intensiva, donde se indica infusión de midazolam disminuyendo la espasticidad. Se reportan anticuerpos antitoxina tetánica negativos. Desarrolla neumonía asociada a ventilador con respuesta favorable a antibiótico iniciándose protocolo de retiro de ventilación mecánica. Persiste con trismus, tetraparesia y espasticidad de miembro afectado por lo que se continuó infusión de midazolam y tizanidina hasta lograr mejoría. Es egresado con lorazepam oral y rehabilitación. Actualmente el paciente solo con dificultad para la extensión de 4to dedo de extremidad torácica izquierda. De acuerdo con la clasificación de Ablett el paciente presentaba un grado III por lo que estos pacientes deben recibir apoyo mecánico ventilatoria y manejarse en la unidad de cuidados intensivos. El tratamiento con benzodiazepinas disminuye el espasmo, además debe incluir inmunoglobulina 5000 a 10000U en paciente sin vacunación o inmunización, durante la fase de convalecencia y penicilina o metronidazol para erradicar la bacteria. Las infecciones nosocomiales son comunes y una causa importante de mortalidad. Reportamos caso ante la sobrevivencia con mínimas secuelas.

0131 Perfil de resistencia bacteriana de *Pseudomonas aeruginosa* y *Acinetobacter baumannii* en secreción bronquial en el periodo de enero del 2013 a julio del 2014

Landa P,¹ Hurtado J,² Leo G³

¹ Hospital General de México, SSA

² Hospital General de Querétaro, SSA

³ Universidad Autónoma de Querétaro

Introducción: la resistencia bacteriana a los antimicrobianos fue declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un problema de salud pública. Los patógenos nosocomiales a nivel mundial de mayor preocupación por su alta prevalencia son: *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella spp.* y *Acinetobacter spp.* En los hospitales existe una correlación entre el uso de antibióticos y la emergencia de resistencia. El análisis sistemático de frecuencias y los patrones de resistencia son programas obligados lo que motivo este trabajo de investigación. **Material y métodos:** se realizó un estudio observacional, ambispectivo, en el Hospital General de Querétaro (HGQ) México durante un periodo de 18 meses. Se determinó la prevalencia y perfiles de resistencia. Se utilizó el Vytex 2 biomerieux para la identificación bacteriana y con el Advanced Expert System™ se determinó cohe-

rencia de identificación y los tipos de origen de la resistencia. **Resultados:** *Pseudomonas aeruginosa* fue el más frecuente (26.4%) la mayor resistencia fue a Meropenem y Ceftazidima (87.5%). Los tipos de resistencia fueron a carbapenemasas y betalolactamasas. *Acinetobacter baumannii* (19.3%) la mayor resistencia fue a Ceftazidima y Ciprofloxacino (88.8%). El tipo de resistencia en un 49.09% de las cepas probadas fue con carbapenemasas y betalolactamasas. **Discusión:** se demostró una multiresistencia a carbapenémicos y betalolactamasas para *P. aeruginosa* y *A. baumannii* lo que indica implementar medidas de control específicas. **Conclusión:** en el HGQ los microorganismos más frecuentemente aislados en cultivos de expectoración de pacientes intubados fueron *Pseudomonas aeruginosa* y *Acinetobacter baumannii* con perfiles de multiresistencia.

0132 Choque séptico y brote severo de Lupus Eritematoso Sistémico (LES) en un caso confirmado de fiebre Chikungunya (ChikV)

Sepúlveda J,¹ Tevera M,¹ Contreras A,² Canseco L,¹ Trujillo K,¹ Domínguez S,¹ Sánchez R,¹ Zamudio F,¹ Trujillo M¹, Ramírez J,¹ Ocaña M¹

¹ Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud, SSA

² Hospital Juárez de México, SSA

Introducción: los primeros casos en México de ChikV se registraron en Chiapas en Oct-2014. **Descripción del caso:** mujer de 59 años, con LES articular desde 2010 en tratamiento con hidroxicloroquina y azatioprina. Cursó con fiebre de 39.5°C de 3 días de duración y artralgias severas, posteriormente desarrollo edema, dolor y datos de infección de tejidos blandos en miembros inferiores. Ingreso con diagnóstico de celulitis. Por antecedente epidemiológico se realizó q-PCR para ChikV, resultando positiva. Se documentó actividad severa de LES en la estancia; presentó múltiples complicaciones infecciosas nosocomiales (Figura). Falleció por falla pulmonar asociada a hemorragia alveolar. **Conclusión:** ChikV produce manifestaciones atípicas en grupos de riesgo. Las enfermedades autoinmunes reumáticas (EAR) podrían tener presentaciones atípicas y su reactivación durante la infección por ChikV debe estudiarse, sobre todo en zonas endémicas de *A. aegypti*.

0163 Lesión pulmonar cavitada: tuberculosis vs nocardia

Peraza M
Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez, SSA

Introducción: la caverna por tuberculosis corresponde a un tuberculoma que se ha comunicado a la vía aérea, es una característica de la Tb post primaria. Las nocardias son actinomicetos aerobios gram +, saprofitos, frecuente en inmunodepresión o comorbilidad pulmonar crónica. El agente etiológico de la Tb es el *Mycobacterium tuberculosis*, aerobio estricto, ácido-alcohol resistente (AAR), sin movilidad, de crecimiento lento. **Descripción del caso:** mujer 51 años. Ama de casa. Madre finada: Cáncer de páncreas; padre finado: IAM. Tabaquismo negado. Biomasa por 18 años, 3 hrs día. Combe +: esposo padeció tuberculosis hace 4 años, recibió tratamiento por 6 meses y se curó. Portadora de DM2 hace 3 años en tratamiento actual con biguanida. HAS hace 3 años con IECA. PA: Inicia marzo 2015 tos productiva hialina, fiebre no cuantificada cedía con paracetamol y anti-

bióticos por infección de vías respiratorias bajas. Julio 2014: persiste fiebre 38° intermitente, tos productiva purulenta, pérdida de peso. Tele de tórax: masa de bordes mal definidos y broncograma aéreo; es ingresada por posible Cáncer de pulmón a descartar Tuberculosis. EF: tórax ausencia de murmullo vesicular en parte media del campo pulmonar izquierdo, discretos estertores, sin sibilancias; campo pulmonar derecho: normal. Descontrol metabólico. BAAR seriado: primeros 2 negativos y el 3° reporta BAAR con ramificaciones sugerentes de *Nocardia*. VIH no reactivo. TAC tórax: lesión cavitaria en lóbulo superior izquierdo. Broncoscopía: se realiza PCR para tuberculosis: positiva. Continúa tratamiento antifímico y sulfas. **Discusión:** para el diagnóstico de Tb contamos con: prueba de tuberculina, BAAR en esputo, PCR, cultivos (gold estándar) en medio Ogawa Kudoh y Lowenstein-Jensen. Recientemente diagnóstico molecular llamado Xpert MTB/RIF detecta *M. tuberculosis* dentro de 2 horas. **Conclusión:** la sospecha de tuberculosis en el adulto se basa en el cuadro clínico de tos persistente mayor o igual a 2 semanas, productiva, en ocasiones con hemoptisis, fiebre vespertina o nocturna, diaforesis, pérdida de peso, astenia, adinamia. Existe coinfección de tuberculosis y nocardia. La clínica y los estudios de laboratorio ayudan al



diagnóstico certero, para iniciar tratamiento.

0165 Leptospirosis en regiones tropicales de México

Svarch A, Jonathan C, Arce C
Hospital Central Sur, PEMEX

Introducción: la leptospirosis es una zoonosis endémica en zonas tropicales. En México, la presentación clínica es variable.

Objetivo: reconocer factores asociados a presentaciones graves. **Material y métodos:** se realizó una revisión de los casos diagnosticados en dos Hospitales de la región. Evaluamos datos demográficos, clínicos y de respuesta al tratamiento. Todos los casos presentados fueron positivos. Se realizó una búsqueda sistemática de 1995 a 2015. Se encontraron 98 casos probables; 19 confirmados.

Resultados: los casos fueron clasificados: doce casos como enfermedad pseudo-gripal (63.15%), tres con características de síndrome de Weil (15.78%), uno con meningitis (5.26%) y tres con hemorragia pulmonar (15.78%). El diagnóstico se realizó en 2.5 días para la presentación pseudogripal; 3.3 días para síndrome de Weil, 4 días para meningitis y 16.3 días para hemorragia pulmonar.

Conclusiones: un retraso en el diagnóstico condiciona que los pacientes cursen con complicaciones más graves.

0183 Comparación del volumen plaquetario medio,

APACHE II y SOFA como predictores de mortalidad en pacientes con sepsis en el Hospital Regional de Tlalnepantla

Jimenez J, Izaguirre F
Hospital Regional Tlalnepantla, ISSEYM

Introducción: las plaquetas inmaduras aumentan en los pacientes con sepsis dando plaquetas más grandes, evaluadas por el Volumen plaquetario medio (VPM), éstas correlacionan con Escalas como APACHE II (Evaluación de Fisiología Aguda y Salud Crónica) y SOFA (Valoración de Falla Orgánica Secuencial) para predecir severidad. **Material y métodos:** este estudio prospectivo se obtuvieron 55 pacientes. Se realizaron con pruebas de T de Student y U de Mann-Whitney, se obtuvieron curvas Característica Operativa del Receptor (ROC) y área bajo la curva (AUC), Sensibilidad (Se) y especificidad (Es). **Resultados:** 50.9% Sobrevivientes (SV) y

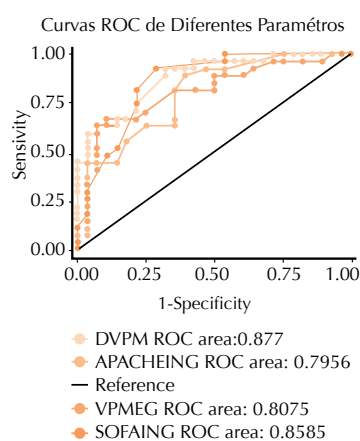
49.1% No-Sobrevivientes (NS). VPM en SV (7.89 fL), NS (9.33 fL, $p < 0.001$ APACHE-II en SV (15.67 pts), NS (23.74 pts, $p < 0.001$ SOFA en SV (6.32 pts) y en NS (11.66 pts, $p < 0.001$). La diferencia del VPM (?VPM) +0.8 fL (Se 74.04%, Es 78.57%).

Conclusión: la elevación del volumen plaquetario medio durante la estancia tienen mayor mortalidad en pacientes con sepsis.

0214 Valor predictivo de la dinámica de depuración de procalcitonina en la población adulta con sepsis

Cedillo J, Palma R, Gómez B, Rodríguez F, Díaz E
Hospital Ángeles Pedregal

Introducción: la medición de la procalcitonina tiene múltiples utilidades, se ha utilizado como predictor de mortalidad y como guía en el uso de terapia antimicrobiana empírica, sin embargo, debido a las variaciones, rangos diversos y variabilidad interindividual, su uso como valor pronóstico de supervivencia y no supervivencia basado en un valor absoluto de procalcitonina se considera actualmente inválido. Los cambios dinámicos en los niveles plasmáticos de procalcitonina han mostrado ser más predictivos del resultado en sepsis severa y choque séptico que un solo valor absoluto. Los resultados de la depuración de procalcitonina fueron comparados contra diferentes escalas



de gravedad como las escalas de APACHE II, SOFA y SAPS. Los resultados muestran que la depuración de procalcitonina a las 24 y 48 horas está asociada con una disminución en la mortalidad. **Conclusiones:** la procalcitonina es un marcador inflamatorio con gran valor predictivo positivo de sepsis de origen bacteriano cuando sus valores son superiores a 2 ng/mL, considerandose guía en el inicio, cambio y suspensión de terapia antimicrobiana. Un resultado positivo, sin embargo carece de utilidad pronóstica sin importar el valor, es por eso que el cálculo de su dinámica indica a una mayor depuración, calculada como el porcentaje de disminución a las 24 y 48 horas respecto a los valores de ingreso una disminución de riesgo de sepsis severa, choque séptico, y mayor supervivencia intrahospitalaria.

0225 Incidencia de neumonía asociada a apoyo mecánico ventilatorio, en relación al uso de protectores de mucosa gástrica, en el Hospital General Regional 1

Chavez M, Escobedo J, Liceaga M

Hospital General Regional 1
Dr. Carlos Macgregor Sánchez
Navarro, IMSS

Objetivo: evaluar el efecto de los protectores de mucosa gástrica (sucralfato y omeprazol) en la incidencia de neumonía asociada al apoyo mecánico

ventilatorio. **Material y métodos:** se realizó un estudio de seguimiento en pacientes hospitalizados en servicio de medicina interna de Hospital General Regional no. 1 del IMSS en la Ciudad de México, que recibieron apoyo mecánico ventilatorio en el periodo del 1 de enero del 2014 al 28 de febrero de 2015, al momento de la intubación se clasificaron los sujetos, en función del protector de mucosa gástrica utilizado y se siguieron durante el tiempo que estuvieron con apoyo mecánico ventilatorio para evaluar la ocurrencia de neumonía asociada a ventilador. El diagnóstico de neumonía se siguió de acuerdo a los criterios de la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas (IDSA). Se estimó la incidencia de neumonía asociada a apoyo mecánico ventilatorio usando en el denominador el tiempo persona de intubación. Se comparó la incidencia usando curvas de Kaplan-Meier y con el fin de controlar por potenciales variables de confusión, se uso un modelo de Cox, el cuál incluyó edad, sexo, motivo de intubación, servicio donde se realizó la intubación, uso de antibiótico y el motivo de uso de este, y la escala de coma de Glasgow al momento de la intubación. Como medida de asociación se usó la razón de verosimilitud (Hazard Ratio, HR), con intervalos de confianza al 95% (IC 95%) resultados se estudiaron 139 pacientes, de

los cuales, 50 desarrollaron neumonía (36%). En la curva de Kaplan Meyer la incidencia de neumonía fue mayor en pacientes que recibían omeprazol (35/86), que en los que recibieron sucralfato (13/47), y esta diferencia fue significativa ($p < .05$). En el modelo de Cox el riesgo de neumonía fue mejor en los pacientes que recibieron sucralfato (HR 0.6; IC 95% 0.32-1.28). El riesgo fue mayor en aquellos pacientes cuyo motivo de intubación fue por problema basal respiratorio (HR 2.48; IC 95% 1.11-5.55)

Conclusiones: el uso de protectores de mucosa gástrica es importante en pacientes con apoyo mecánico ventilatorio para disminuir el riesgo de sangrado por úlceras de estrés, sin embargo se debe asegurar que la prevención de la hemorragia digestiva alta, no produzca un mayor riesgo de desarrollar neumonía asociada a la ventilación, llevando a un daño mayor o igual al potencial beneficio de esta profilaxis.

0230 Micobacteriosis diseminada por *Mycobacterium bovis* en paciente con artritis reumatoide en tratamiento con adalimumab

Arellano C, Mora L

SSA, Hospital General Ticomán.

Paciente femenino de 48 años, enfermera. Artritis reumatoide de 9 años de diagnóstico en tratamiento con Metotrexate, Sulfazalacina, Prednisona y



desde hace 5 meses inició con Adalimumab 1 amp cada 14 días SC. Inicia su padecimiento actual hace 1 mes con astenia, adinamia, malestar general, agregándose una semana después fiebre sin predominio de horario y diaforesis. Siete días más tarde presenta aumento progresivo de volumen a nivel abdominal a expensas de ascitis a tensión la cual requirió paracentesis evacuadora, con estudio citológico y citoquímico que reporta 636 células con 90% de PMN 10% de MN, glucosa 92mg, DHL 478mg. Serología para hepatitis B y C así como Elisa para VIH negativos. Ante la sospecha de infección por Tuberculosis dado el antecedente del uso de Adalimumab se realizan una serie de estudios con PPD 20 mm, ADA 164.6 U/L, BAAR en ascitis negativo. Se inicia prueba terapéutica con DOTBAL fase intensiva. Sin embargo con formación de ascitis a tensión de nueva cuenta requiriendo drenaje de 1000 cc de líquido peritoneal una semana después. El día 14/08/2015 presentó fiebre acudiendo a urgencias realizándose TAC toracoabdominal con reporte de líquido libre. Múltiples crecimientos ganglionares abdominales de características inflamatorias, derrame pleural derecho, zona de condensación basal derecha a considerar proceso neumónico y enfermedad articular en columna. Recibió manejo con levofloxacina por 14 días con mejoría parcial. Se

realiza valoración por infectología realizan paracentesis diagnóstica solicitando cultivo del líquido peritoneal para micobacterias, ya que se sospecha en enfermedad diseminada por no tuberculosas debido a los hallazgos en la Tomografía. Se recibe resultado de cultivo para micobacterias del líquido peritoneal resultando *Mycobacterium bovis ssp bovis*. Por lo que se ajusta tratamiento Isoniazida 300, rifampicina 600 mg y etambutol 1200 mg cada 24 hrs por un año ya que este microorganismo presenta resistencia intrínseca a pirazinamida.

0234 Prevalencia bacteriana de urocultivos positivos en pacientes con diagnóstico presuntivo de infección de vía urinaria adquirida en la comunidad o de manera intrahospitalaria del HGZ 27, del 1 de octubre de 2014 al 31 de junio de 2015
Viveros G, Jardines G, Deloya A, Maldonado G
 IMSS, HGZ 27

Antecedentes. Las infecciones de vías urinarias es un problema de salud frecuente en la población general, ya que es uno de los principales motivos de consulta a nivel institucional en la atención médica familiar y los servicios de urgencia a nivel hospitalario. Representa un significativo problema de salud debido a su incidencia y morbilidad, con riesgos potenciales a largo plazo en la

sobrevida y calidad de vida de aquellos afectados, lo que amerita intensificar los esfuerzos en la detección temprana, el tratamiento oportuno y eficaz, y seguimiento posteriores, especialmente en momentos y en circunstancias de alta susceptibilidad. La ausencia de nuevas moléculas antimicrobianas y el incremento en la resistencia bacteriana, favorecida por el uso indiscriminado de antibióticos, obliga a normar conductas para el abordaje y tratamiento inicial de las infecciones en vías urinarias. **Objetivo.** Describir la prevalencia bacteriana encontrada en urocultivos positivos de pacientes con diagnóstico presuntivo de infección de vía urinaria, adquirida en la comunidad o de manera intrahospitalaria en el servicio de medicina interna del HGZ 27 del 1 de octubre del 2014 al 31 de junio del 2015 para establecer los lineamientos en cuanto al tratamiento empírico inicial en base a la adaptación de los resultados de los cultivos y las sensibilidades reportadas. **Material y métodos.** Se realizó un estudio transversal, retrospectivo durante el periodo del 1 octubre del 2014 al 31 junio del 2015, obteniéndose una total de 230 cultivos positivos en donde se realizó una descripción en cuanto al género, microorganismo y sus sensibilidades. Estos se presentan en gráficos descriptivos. **Resultados.** se recabaron 230 resultados de urocultivos positivos en el pe-

riodo descrito, quedando en total 175 muestras efectivas ya se eliminaron 38 por número de unidades formadoras de colonias, y 16 infecciones por hongos; durante el periodo analizado la mayor prevalencia fue en el mes de junio con 35 casos 20 % y marzo con 34 casos 19.42%, en cuanto a genero se presentaron 140 en mujeres 80 % y en 35 hombres 20%, el agente más frecuentemente encontrado fue *E. coli* en (94) 53.71% con sensibilidad para meropenem (30), gentamicina (27) y nitrofurantoína (20), quinolonas (6) seguido de *E. Fecalis* (25) 14.28% con sensibilidad para vancomicina (21), *Klebsiella Pneumoniae* (17) 9.71%, con sensibilidad para meropenem (6), levofloxacin (5) *pseudomona* (11) 6.28% con sensibilidad para ciprofloxacino (6). **Conclusión.** en base a los resultados descritos concluimos que para este hospital el mejor tratamiento empírico en infección de vías urinarias por *E coli* en base a nuestro cuadro básico de medicamentos es la gentamicina y nitrofurantoína y en casos seleccionados dependiendo de la gravedad del paciente y complicados meropenem; y solo en casos seleccionados cuando alta probabilidad de *E fecalis* utilizar vancomicina.

0236 Prevalencia bacteriana de cultivos positivos de líquido peritoneal en pacientes con diagnóstico presuntivo de

peritonitis asociada a diálisis del HGZ 27, del 1 de enero de 2015 al 31 de julio de 2015

Marín D, Jardines G, Viveros G, Maldonado G
IMSS HGZ 27

Antecedentes. La peritonitis asociada a diálisis es un problema de salud frecuente en la población en tratamiento sustitutivo de la función renal, representa problema de salud debido a su alta incidencia y morbilidad, con riesgos potenciales a corto plazo en la sobrevida y calidad de vida de aquellos afectados. Por lo que se pretende proporcionar los conocimientos básicos para que los planes terapéuticos sean uniformes y brindarle el máximo beneficio al paciente.

Objetivo. Describir la prevalencia bacteriana encontrada en cultivos positivos de líquido peritoneal de pacientes con diagnóstico presuntivo de peritonitis en el servicio de medicina interna del HGZ 27 del 1 de enero del 2015 al 31 de julio del 2015 para establecer los lineamientos en cuanto al tratamiento empírico inicial en base a la adaptación de los resultados de los cultivos y las sensibilidades reportadas.

Material y metodos. Se realizó un estudio transversal, retrospectivo durante el periodo del 1 enero del 201 al 31 julio del 2015, obteniéndose una total de 84 cultivos positivos en donde se realizó una descripción en cuanto al género, microorganis-

mo y sus sensibilidades. Estos se presentan en gráficos descriptivos. **Resultados.** se recabaron 84 resultados de cultivos positivos de líquido peritoneal en el periodo descrito, quedando en total 78 muestras efectivas ya se eliminaron 6 infecciones por hongos; durante el periodo analizado la mayor prevalencia fue en el mes de julio con 26 casos 33.3% y mayo con casos 20.5%, en cuanto a genero se presentaron 27 en mujeres 34.6 % y en 51 hombres 65.3%, con opciones de tratamiento de primera línea mencionados a continuación. El agente más frecuentemente encontrado fue *staphylococcus epidermidis* en (15) 19.2% con sensibilidad para tigeciclina (13), levofloxacin (1) y eritromicina (1) seguido de *E. coli* (12) 15.4% con sensibilidad para gentamicina (5), tetraciclina (3), nitrofurantoína (3) tigeciclina (2), *staphylococcus aureus* (11) 14.1%, con sensibilidad para tigeciclina (9), vancomicina (1), gentamicina (1) *pseudomona aeruginosa* (9) 11.5% con sensibilidad para gentamicina (6) y ciprofloxacino (3). **Conclusión.** en base a los resultados descritos concluimos que para este hospital el mejor tratamiento empírico para peritonitis asociada a diálisis, causada por los agentes bacterianos más comunes, es en base de tigeciclina y gentamicina.

0237 Prevalencia bacteriana de cultivos de expectoración positivos en pacientes con



diagnóstico presuntivo de neumonía intrahospitalaria del HGZ 27, del 1 de febrero de 2015 al 31 de julio de 2015

Reyes M, Jardines G, Deloya A, Viveros G

IMSS HGZ 27.

Antecedentes. La neumonía nosocomial (NN) se asocia a una elevada morbilidad y es la segunda causa de infección intrahospitalaria después de la infección urinaria. Por lo que la elección de un plan de tratamiento antibiótico empírico es una tarea compleja, para la que debe tenerse la suficiente información en relación a las innumerables variables de cada situación clínica. Por lo que se pretende proporcionar los conocimientos básicos para que los planes terapéuticos sean uniformes y brindarle el máximo beneficio al paciente

Objetivo. Describir la prevalencia bacteriana encontrada en cultivos de expectoración positivos de pacientes con diagnóstico presuntivo de neumonía adquirida en la comunidad o de manera intrahospitalaria en el servicio de medicina interna del HGZ 27 del 1 de febrero del 2015 al 31 de julio del 2015, para establecer los lineamientos en cuanto al tratamiento empírico inicial en base a la adaptación de los resultados de los cultivos y las sensibilidades reportadas, lo que se relaciona con una mayor supervivencia de los pacientes. **Material y métodos.** Se realizó un estudio

transversal, retrospectivo durante 5 meses, obteniéndose una total de 41 cultivos positivos en donde se realizó una descripción en cuanto al género, de microorganismo y sus sensibilidades. Estos se presentan en gráficos descriptivos. **Resultados.** se recabaron 41 resultados de cultivos de expectoración durante el periodo analizado la mayor prevalencia fue en el mes de marzo y mayo con 11 casos cada uno siendo el total el 53.65%, en cuanto a género se presentaron 31 casos en mujeres (75.60%) y 10 casos en hombres (24.39%), el agente más frecuentemente encontrado fue E coli en (11) 26.82% con sensibilidad para meropenem (6) y quinolona (2) seguido de Klebsiella (6) 14.63% con sensibilidad para meropenem (3) y Levofloxacino (2) S Aureus (5) 12.19% con sensibilidad para vancomicina. **Conclusión.** en base a los resultados descritos concluimos que para este hospital el mejor tratamiento empírico en neumonía nosocomial en base a nuestro cuadro básico de medicamentos es meropenem, levofloxacino, y en casos seleccionados vancomicina.

0238 Neumonía por *Pneumocystis jirovecii* como principal causa de mortalidad en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en el servicio de Medicina Interna del Nuevo Hospital Civil de Guadalajara

Torres E¹, Andrade J¹, Calvo C¹, Román L¹, Pérez M²

¹ SSA, Nuevo Hospital Civil de Guadalajara, ² Hospital privado Real San José.

Neumonía por *Pneumocystis jirovecii* como principal causa de mortalidad en pacientes con infección temprana por el virus de la inmunodeficiencia humana en el servicio de medicina interna del Nuevo Hospital Civil de Guadalajara. **Antecedentes:** El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es la pandemia infecciosa más letal de las últimas 3 décadas. Las principales causas de mortalidad en pacientes con VIH son las infecciones oportunistas.

Objetivo del estudio: determinar las causas de morbilidad infecciosas en pacientes a quienes se les realiza el diagnóstico de VIH en el servicio de medicina interna. **Material y métodos:** estudio transversal descriptivo en pacientes a quienes se les realizó diagnóstico de infección temprana por VIH en el servicio de medicina interna durante marzo de 2014 a febrero de 2015, la cual se define como paciente que presenta dos ELISA y un Western Blot positivos para VIH de no más de 180 días de vigencia. El estadio de la infección por VIH es acorde a los niveles de CD4 o presencia de enfermedad oportunista según lo define la Centers for Disease Control and Prevention del Departamento de Salud y Servicios Humanos en Estados Unidos. Los criterios diagnósticos para infecciones oportunistas

fueron los utilizados por la guía clínica de Infectious Disease Society of America de abril del 2015. **Resultados:** se realizaron 138 diagnósticos de infección temprana por VIH en un año. Se excluyeron 32 pacientes por tener expedientes incompletos. De 106 pacientes, en 49 (46%) se encontró infección oportunista, siendo la neumonía por *Pneumocystis jirovecii* la más frecuente en 13 (12.3%) pacientes con mortalidad de 4.7%, seguida de micobacterias en 10 pacientes (9.3%), 7 en pulmón, 2 ganglionares y 1 peritoneal con mortalidad de 1.9%. Los estadios clínicos de la infección por VIH fueron: 0 paciente en 0, 13 pacientes en 1 (12.3%), 23 pacientes en 2 (21.7%), 70 pacientes en 3 (66%) y 0 pacientes en desconocido. La media de carga viral fue 245680 replicas y de linfocitos CD4 fue 243 células/mm³. **Conclusiones:** desde la inclusión de los anti-retrovirales la morbilidad ha disminuido en pacientes con VIH, por lo cual es primordial el inicio de tratamiento empírico de las infecciones oportunistas y antiretrovirales al diagnosticarlo. En nuestro medio *Pneumocystis jirovecii* fue el agente causal principal de morbilidad y mortalidad en 5 pacientes.

0244 Un caso de *Clostridium difficile* cepa 027/NAP1/BI con novedoso tratamiento

Miranda T, Pérez S

Hospital privado de alta especialidad Christus Muguerza

Mujer de 73 años portadora de artritis reumatoide, en tratamiento con azatioprina, y AINES, quien 2 semanas previas a su ingreso al hospital, fue operada de una instrumentación dorso lumbar por fractura postraumática de T11, estando internada 12 días, con tratamiento antibiótico con Levofloxacino 750 mg IV cada 24 horas. El último día de estancia hospitalaria inicia con evacuaciones líquidas en 6 ocasiones, sin embargo se decide su egreso con manejo de Levofloxacino 500 mg VO cada 24 horas. En su casa continua durante 3 días con evacuaciones diarreicas sin moco ni sangre, pujo o tenesmo, aproximadamente 15 a 20 evacuaciones, acompañados de dolor tipo cólico difuso de intensidad 8/10 agregándose el día de su ingreso fiebre no cuantificada razón por lo que acude a urgencias. En urgencias se presenta hemodinamicamente estable, con fiebre. A la exploración física se encontraba con mucosas deshidratadas, llenado capilar mayor a 3 segundos, alerta, orientada, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen distendido, peristalsis aumentada y dolor difuso a la palpación en marco colónico. En los estudios paraclínicos, la biometría hemática anemia y leucocitosis. Perfil bioquímico dentro de parámetros normales. Se ingresa a piso con tratamiento a base de hidratación. Se interconsulta

con gastroenterología quien solicita coprológico reportando guayaco positivo, leucocitos de 30 a 40 por campo y eritrocitos de 1 a 2 por campo. Toxinas A y B de *Clostridium difficile* positivas, motivo por el cual se inicia manejo con vancomicina vía oral 250 mg cada 6 horas. Cursa con mala evolución clínica, presentando evacuaciones diarreicas de 8 a 10 por día, fiebre, oliguria e hipotensión arterial. Se inicia reanimación con cristaloideos sin mejoría por lo que se decide ingresar a terapia intensiva para manejo con vasopresores. Se interconsulta a infectología, el cual solicita PCR para *Clostridium difficile* siendo positivo para la cepa 027/NAP1/BI y procalcitonina positiva en 266 ng/ml. Se inicia manejo con vancomicina 250 mg VO cada 6 horas y tigeciclina dosis de carga de 100 mg y después 50 mg cada 12 horas. Persiste con vasopresores durante 24 horas y disminuye la cantidad de evacuaciones a 1 por día con consistencia. Cursa con buena evolución clínica, por lo que al tercer día se egresa a piso. Dura 10 días con Tigeciclina y se egresa con Vancomicina asintomática.

0253 Pericarditis y mediastinitis infecciosa secundarias a infección por VIH

Vicente G, Ramírez Yr, Azcona M, Jiménez S

ISSSTE, Hospital Regional Presidente Juárez, Oaxaca.

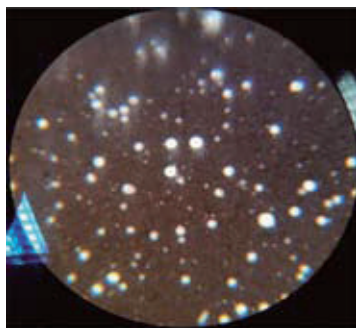
En 1992 se realizó el primer reporte de mediastinitis en pacientes adictos a heroína infectados con VIH, así como múltiples infecciones concomitantes. Después de este informe ha habido pocos casos en los que este cuadro clínico haya afectado a un solo paciente. Se comunica el caso de un paciente de 34 años de edad, que acudió al Hospital Regional Presidente Juárez, Oaxaca, con antecedente de diarrea crónica que no respondía al tratamiento. Posteriormente fue hospitalizado en diversas ocasiones por infección respiratoria aguda, por lo que requirió tratamiento antimicrobiano y antiviral contra infecciones oportunistas. En una subsecuente hospitalización se diagnosticó pericarditis infecciosa y mediastinitis. Las pruebas diagnósticas confirmaron la infección por VIH. El paciente tuvo diversas complicaciones cardíacas como consecuencia de las múltiples infecciones oportunistas. El tratamiento farmacológico y quirúrgico oportuno y el constante monitoreo cardiológico permitieron la recuperación y supervivencia de este paciente. Palabras clave: VIH, Cardiología, pericarditis, mediastinitis.

0272 Fiebre y cefalea

Martínez G, 1 Urdez E2

1 Otra, Centro Médico ISSE-MYM Toluca, 2 IMSS, Hospital de Infectología Dr. Daniel Méndez Hernández.

Masculino de 38 años de edad, con antecedente de múltiples parejas sexuales, uso irregular de preservativo, no usuario de drogas IV, no tatuajes ni antecedente de transfusiones. Debuta con fiebre intermitente, pérdida de peso, cefalea holocraneana pulsátil, disminución de agudeza visual de ojo derecho, náusea, malestar general y alteraciones de la conducta. Analítica: leucocitos 7800, neutrófilos 3500, linfocitos 730, Hb 10, Hto 32, Plaquetas 130mil, Glucosa 89, urea 27, Cr 0.9, AST 68, ALT 45, DHL 230, ELISA reactivo, Carga viral 130 millones, Conteo CD4 98, LCR: celularidad 1030, aspecto turbio, PMN 10%, mononucleares 90%, Glucosa 34, DHL 50, Tinción Gram negativa, Tinta China positiva. Radiografía de tórax y TAC simple de cráneo sin alteraciones. Se inició tratamiento con anfotericina B. El paciente cuenta con diagnóstico de neuroinfección por *Cryptococcus neoformans* y VIH estadio C3.



0279 Aspergilosis invasiva por *A. flavus* en paciente con neutropenia febril

Valero G, Antonio I, Rodríguez B

SSA, Hospital Juárez de México

Antecedentes: La aspergilosis invasiva se presenta en el contexto de un padecimiento que afecta la inmunidad celular. Los agentes más frecuente son *A. fumigatus* y en 2º lugar *A. flavus*. **Caso clínico:** Hombre de 46 años con antecedente de dislipidemia no especificada, no tratada, sin otros antecedentes. Ingresa por cuadro de 1 mes con dolor abdominal en hipocondrio izquierdo, intensidad 5/10, vómito gastrobiliar, alzas térmicas no cuantificadas y diaforesis de predominio en la madrugada y pérdida ponderal de 7 kilos. 3 días previos se agrega tos productiva con expectoración hialina escasa. Se hace diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda L2. Se administra el 1er día de HyperCVAD, suspendiéndose por reporte positivo de *A. flavus* en



expectoración, radiografía con radiopacidad heterogénea en hemitórax derecho y deterioro respiratorio y hemodinámico. Se inicia caspofungina. **Conclusión:** La aspergilosis invasiva se presenta infrecuentemente en neutropenia febril menor a 7 días de evolución.

0304 Características clínicas, epidemiológicas y factores de riesgo de las infecciones ocasionadas por enterobacterias productoras de carbapenemasas en un hospital de tercer nivel en la Ciudad de México

Ortiz E, Torres P, Sifuentes J, Ponce De León A, Bobadilla M SSA, INCMNSZ

Antecedentes: La prevalencia de infecciones por Enterobacterias productoras de beta lactamasas de espectro extendido (IEBLEE) ha incrementado. Frecuentemente su única opción terapéutica son los carbapenémicos (CBP), sin embargo, cada vez hay más reportes de infecciones por Enterobacterias resistentes a CBP (IERC). Su principal mecanismo de resistencia es la producción de carbapenemasas (IEPC). La información epidemiológica en México es escasa. Dado que corresponde a un problema salud pública de primer orden, es esencial la descripción de los factores (FR) con el propósito de identificar la población más susceptible. **Objetivo:** Identificar los mecanismos de resistencia de las IERC en un

hospital de tercer nivel y describir los FR asociados. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo de casos y controles anidado. Se recolectó la información clínica de las infecciones por ERC de 09/ 2013 a 06/2015. Los aislados se identificaron por el micrométodo Vitek 2 (Biomérieux, St. Louis, MO). La detección de carbapenemasas se realizó con la prueba modificada de Hodge, PCR múltiple (blaNDM, blaVIM, blaIMI, blaKCP y blaOXA-48) y confirmación por secuenciación. Las IEPC correspondieron a los CASOS. Se incluyeron dos controles: infección por EB sensibles a CBP y ceftriaxona (C1) e IEBLEE (C2). Se parearon 1:1 en base a la especie, período de riesgo, lugar al inicio de los síntomas y sitio anatómico de la infección. Se usó un modelo de regresión logística. Se utilizó la prueba t de Student, la prueba de U de Mann-Whitney y Chi-cuadrada según fue apropiado y se construyó un modelo multivariado. **Resultados:** Se identificaron 29 CASOS (22 OXA-48-like, 4 NDM-1 y 3 KPC). Se analizaron los FR asociados con las IEPC OXA-48-l. En el análisis univariado con el C1 se documentaron más pacientes con uso previo de piperacilina/tazobactam (PTZ) (p 0.028), CBP (p 0.013) y aislamiento previo de microorganismos MDR (p 0.009). En el modelo multivariado se confirmó el uso previo de CBP (OR 11.83; IC 95% 1.21-115.8,

p 0.034). En el análisis univariado con el C2 se encontró una mayor exposición previa a CBP (p 0.032) y PTZ (p 0.037). En el modelo multivariado se corroboró el uso previo de PTZ (OR 19.95; IC 95%: 1.11-357.94, p 0.042). **Conclusión:** Se reporta por primera vez en México la emergencia de IEPC de OXA-48-like y se identifica como FR el antecedente de exposición a PTZ.

0309 Factores pronósticos asociados con mortalidad en pacientes con hemocultivos positivos en un hospital de segundo nivel mexicano

Bonilla S,¹ Meraz M,² Villela L³ 1SSA, Hospital Metropolitano de SSNL Dr. Bernardo Sepúlveda, 2Privado, San José-Tec Salud, 3Privado, Centro de Innovación y Trasferencia en Salud del Tecnológico de Monterrey.

Introducción. Bacteriemia es de las infecciones más graves en pacientes hospitalizados. La mortalidad se relaciona con el tratamiento empírico. Los pacientes con terapia antibiótica apropiada tienen una mortalidad menor. Se desconoce la asociación de bacteriemia y comorbilidades con mortalidad. **Objetivo:** Determinar la epidemiología de la bacteriemia y su asociación con comorbilidades y mortalidad en pacientes del hospital Metropolitano "Dr. Bernardo Sepúlveda" del 1 de enero al 31 de diciembre del

2010. Métodos: estudio retrospectivo de una cohorte de 95 pacientes con hemocultivos positivos. Se realizó un análisis descriptivo de datos demográficos, foco de infección, microorganismo aislado con patrón de resistencia, correlación entre inicio de terapia antibiótica y el antibiograma, correlación del foco infeccioso y el antibiótico recomendado empírico, la mortalidad a 30 días y la asociación con comorbilidades. **Resultados:** la incidencia de bacteriemia fue 6%. Los pacientes tuvieron una mediana de 52 años. Diabetes mellitus fue la comorbilidad más común (36.6%). Los hemocultivos por bacterias Gram negativas fueron el 51.8%, las Gram positivas con 45.9%; y 2.4% fue polimicrobiana. Los microorganismos más frecuentes fueron *S. aureus* (23.4%), *E. coli* (13.5%) y *K. pneumoniae* junto a *A. baumannii* (11.7%). La Mortalidad a 45 días fue 35.3%; siendo más alta en pacientes con falta de concordancia entre la terapia antibiótica y el antibiograma (HR 3.827, $p=0.013$). Se observó tendencia hacia la mortalidad en pacientes de género masculino (HR 1.875, $p=0.086$), en mayores de 60 años (HR 1.840, $p=0.096$), en pacientes con bacteriemia no relacionada a procedimiento invasivo (HR 0.505, $p=0.098$) o si existía falta de concordancia entre la terapia antibiótica y las guías de tratamiento empí-

rico (HR 1.944, $p=0.096$). La asociación entre mortalidad y la adquisición de la infección, foco de la infección, nivel de comorbilidad o la presencia de alguna de éstas no fue significativa. En el análisis multivariado el único factor significativo fue que concordara con el antibiograma la terapia inicial de antibióticos (HR 3.827, $p=0.013$). **Conclusiones:** la falta de concordancia entre la terapia antibiótica recibida y los resultados del antibiograma se asoció a mayor mortalidad a 30 días comparado con pacientes en quienes la terapia antibiótica si era concordante con el antibiograma.

0313 Colangitis aguda en pacientes posoperados de derivación biliodigestiva (DBD) por lesión benigna de la vía biliar: experiencia en centro de tercer nivel

Manzur D, Ortiz E, Torres P, Mercado M, Sifuentes J
SSA, Instituto Nacional de Ciencia Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Introducción. La DBD es una opción terapéutica en los pacientes con lesión benigna de la vía biliar (LBVB). A pesar de que la colangitis aguda (CA) es una de sus complicaciones graves, las características clínicas han sido poco descritas. Objetivos. Describir las características clínicas de los episodios de CA en los pacientes postoperados de DBD por LBVB, así

como los factores de riesgo (FR) asociados. **Material y Métodos.** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes con DBD, por LBVB (01/2001 a 12/2014). Se identificaron los pacientes que presentaron episodios de CA posterior al procedimiento y se describen sus características clínicas y los FR asociados. **Resultados.** Identificamos 541 pacientes con DBD, con una mediana de edad de 39 años (RIC 25-75%, 30-48) y 431 (79.7%) fueron mujeres. La prevalencia de CA fue 12% ($n=110$ episodios en 65 pacientes) y el tiempo entre la DBD y el episodio de CA fue de 41.7 meses (RIC 8.8-66.7). Hubo recurrencia en 28 pacientes (41.5%). 78 episodios de CA (71%) fueron adquiridos en la comunidad y de gravedad leve a moderada el 90%. Se tomaron hemocultivos en 82 episodios de CA y cultivo biliar en 10 episodios, para un total de 33 aislamientos. 28 episodios de CA presentaron bacteriemia (31.1%). Hubo un predominio en los aislados de enterobacterias (96.9%), *Escherichia coli* en 29 (87.8%) y *Klebsiella* spp en 4 (12.2%). Once fueron productores de BLEE, 32 y 1, respectivamente. Uno de los 65 pacientes con CA murió durante la hospitalización. Al comparar los grupos de pacientes con CA contra el grupo de pacientes sin CA, se observó en los pacientes con CA: un IMC menor (23.2 vs 24,

p 0.05), un mayor tiempo entre la LBVB y la DBD (13.2 vs 6.1 meses, p 0.02) y se encontró cirrosis hepática en 8.9% y 0.6%, respectivamente (p < 0.05). El análisis multivariado mostró a la cirrosis hepática como un FR relevante (OR 34.5, IC 95% 2.87-412.75, p 0.05). Conclusiones. Nuestros datos muestran que los episodios de CA en los pacientes con DBD por LBVB son menos graves que la colangitis en pacientes con obstrucción de la vía biliar, seguramente por la DBD. Estos pacientes desarrollan infecciones por microorganismos multidrogorresistentes, lo cual obliga al clínico a seleccionar un tratamiento de amplio espectro de manera oportuna.

0321 Diagnóstico diferencial de linfadenitis cervical abscedada. Reporte de caso

Santillán W, López YI, Lagunas O, Bautista A, Ramírez R, Copca V, Rodríguez M, Alemán D, López D, Reyes A, Terán J, Castro L

PEMEX, Hospital Central PEMEX Norte.

Introducción: Las adenopatías cervicales generalmente son infecciosas, la afectación primaria tuberculosa en pacientes sanos, es rara. Los ganglios cervicales son los más afectados hasta un 5% de tuberculosis ganglionar extrapulmonar primaria en inmunocompetentes. Debido al aumento de la incidencia de Tuberculosis en nuestro país,

cobra relevancia clínica y en ocasiones es de difícil diagnóstico. **Caso clínico:** Masculino de 22 años valorado por Otorrinolaringología por persistencia de adenomegalias cervicales, occipitales y submandibulares de 1-3cm, dolorosas, móviles, posterior a cuadro diarreico y fiebre de 38°C. Biopsia con aguja fina con Hiperplasia linfoide negativo a malignidad. Hepatitis B, C, VIH, CMV, Reacciones febriles(-). TORCH con IgG para Rubeola y Ac VEB IgG (+). Hospitalizado 10 meses después por esca-lofríos, sudoración nocturna, fiebre de 38.5°C y adenomegalias en cadena ganglionar cervical bilateral, retroauriculares y occipital de 3-4cm, blandas, dolorosas, móviles, con eritema local, aumento de temperatura y salida de material purulento de ganglio cervical posterior. Antecedente epidemiológico de residencia en Tula, Hidalgo en el último año. Leucocitos 9.4x103µl, Neutrófilos 7.5 x103µl, Linfocitos 1 x103µl, Monocitos 0.8 x103µl, Eosinófilos 0.1 x103µl, Hemoglobina 14.9gr/dl, Hematocrito 44.7%, Plaquetas 196 x103µl. Creatinina 0.78, TGO 18, TGP 24, DHL 294, Proteínas 6.8gr/dl, Albumina 4.1gr/dl. USG con adenopatías cervicales necróticas, celulitis locorregional. Tomografía de 3 regiones con adenopatías cervicales necróticas. Biopsia de ganglio abscedado cervical posterior con Linfadenitis

crónica granulomatosa sin necrosis caseosa, Tinción de Ziehl-Neelsen y Grocott negativos. PPD de 15mm. **Conclusiones:** El diagnóstico diferencial de linfadenitis cervical es difícil pues incluye procesos congénitos, infecciosos y neoplásicos. La fístula secundaria a linfadenitis cervical de etiología tuberculosa (escrófula) en un paciente sano, es una entidad rara, sin embargo, ante la ausencia de un diagnóstico y tratamiento oportuno, puede verse incrementada su frecuencia. La certeza diagnóstica es con aislamiento de M.Tuberculosis, pero cuando no es posible y se mantiene una fuerte sospecha, la decisión de iniciar tratamiento antifímico se basa en el conjunto de datos clínicos, radiológicos y de laboratorio como nuestro caso.

0326 Apego a una guía de terapia antimicrobiana intrahospitalaria mediante un programa de optimización del uso de antibióticos en hospital de enseñanza

Serna G, Camacho A, Hawing J, Galarza D, De León A
Universitario, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González.

Antecedentes: Hasta 50% de la prescripción de antibióticos en un hospital puede ser inapropiada e innecesaria, por esto surgen programas de control en su administración. **Objetivo:** Medir el apego a una Guía de

APEGO GLOBAL=77.50%		n=160
	Número de casos	Porcentaje de apego
Peritonitis asociada a diálisis peritoneal	8 (5%)	100.00%
Fiebre y neutropenia	29 (18.13%)	96.55%
IVU* no complicada	10 (6.25%)	90.00%
Colangitis	18 (11.25%)	88.89%
IVU* complicada	26 (16.25%)	80.77%
Neumonía adquirida en la comunidad	34 (21.25%)	79.41%
Peritonitis bacteriana espontánea	8 (5%)	75.00%
Infección de catéter de hemodiálisis	25 (15.63%)	36.00%
Infección de catéter venoso central	2 (1.25%)	0.00%

*IVU: infección de vías urinarias

terapia antimicrobiana basada en la microbiología local hospitalaria, en las salas de Medicina Interna del Hospital Universitario mediante un programa de optimización de uso de antibióticos. **Material y métodos** Se evaluó a 160 pacientes internados en Medicina Interna de abril a agosto de 2015. Se analizó el caso clínico, comparando la prescripción inicial de antibióticos del médico con las recomendaciones de la guía antimicrobiana evaluando el apego a esta. **Resultados** De los 160 casos se observó un apego de 77.5%. El mejor apego a la guía fue en la peritonitis asociada a catéter de diálisis peritoneal (100%) y el peor en infección asociada a catéter de hemodiálisis (36%). **Conclusiones:** El fomento al apego y aprendizaje a la guía antimicrobiana es primordial en el médico en formación.

0327 Criptococosis pulmonar con diseminación al Sistema Nervioso Central en paciente VIH negativo

Morales D, Callejas G, Bonilla C, Victoria D
ISSSTE, Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez.

Introducción: Criptococosis es causada por diferentes especies de *Cryptococcus* más frecuente *Neoformans*, organismo encapsulado levaduriforme. El hongo afecta de forma más común a pacientes con SIDA y otras causas de inmunidad reducida. **Caso clínico:** Paciente femenino de 76 años originaria del Estado de México con antecedente de HAS. Viajes recientes negados. Zoonosis negada. Inicia padecimiento al presentar cefalea intensa holocraneana 10/10 constante, sin agravantes ni atenuantes, con remisión parcial espontánea agregándose posteriormente crisis convulsivas tónico clónicas generalizadas. Se solicitan laboratorios sin leucocitosis, azoados y electrolitos normales. Radiografía de tórax: imagen radioopaca parahiliar derecha. TC tórax contrastada: imagen hiperdensa en lóbulo

superior derecho segmento anterior de bordes bien definidos, no aparentes adenomegalias. RMN de cráneo: imágenes intraaxiales de diferentes tamaños, la más grande en parte caudal de giro frontal medio derecho con aspecto de refuerzo irregular grueso con componente meníngeo; características que sugieren de primera intención metástasis pero lesiones no neoplásicas de tipo inflamatorio se consideran en diagnóstico diferencial. La biopsia nódulo pulmonar derecho reporta parénquima pulmonar con inflamación crónica intensa que rodean microorganismos redondos compatibles con criptococos. ELISA para VIH negativo. Punción lumbar con LCR de características normales. Cultivo de LCR sin desarrollo bacteriano, tinta china negativo. Antígeno en LCR para *Cryptococcus neoformans* (método: aglutinación de partículas): POSITIVO. **Discusión:** La criptococosis tiene una distribución geográfica amplia. Los casos causados por *C. neoformans* predominan en lugares de clima templado, principalmente en EUA, Japón y en Europa. También es notoria su asociación con deshechos aviarios y especialmente con excrementos de palomas. Se presenta caso de paciente sin antecedentes de viajes a países endémicos o exposición a aves, y sin otros factores de riesgo para infección oportunista.

0342 Tuberculosis miliar en el embarazo: reporte de caso

Castillo A,¹ Rivera D,² Guajardo E,² Melgoza L,² Torres M,² Díaz C²

¹IMSS, Centro Médico ISSEMYM Ecatepec, ²Otra, Centro Médico ISSEMYM Ecatepec.

Femenino de 35 años, embarazo de 14 semanas, sin otros **Antecedentes**. Padecimiento de 5 semanas de evolución con tos productiva, en accesos, con esputo verdoso, no cianozante, disneizante o emetizante. Se agrega fiebre de hasta 40°C y diaforesis nocturna. Recibe tratamiento para faringoamigdalitis e infección de vías urinarias; ceftriaxona, claritromicina, levofloxacino, aminoglucosidos y oseltamivir por neumonía atípica sin mejoría clínica por lo que es referida al C. Médico ISSEMYM Ecatepec donde es valorada por medicina interna. Laboratorios relevantes con linfocitos normal y leucopenia moderada, VIH negativo. Por cuadro clínico, patrón radiográfico micronodular reticular difuso “en granos de mijo” y no ser candidata a tomografía por gestación, se realizó broncoscopia por sos-



pecha de tuberculosis miliar solicitando genexpert y cultivos para mycobacterium tuberculosis con resultados positivos. Se inició manejo antituberculoso de primera línea con mejoría clínica.

0354 Mielitis transversa aguda secundaria a neuroborreliosis

Córdoba A,¹ Zavala E,² Pérez P,¹ Fonseca J¹

¹SSA, Hospital General de México, ²PEMEX, Hospital Regional de Ciudad Madero.

La Neuroborreliosis es la entidad transmitida por vector más importante de Europa y Norteamérica, se han reconocido al menos 18 genoespecies de *Borrelia sensu lato* transmitidas por los vectores *Ixodes* y *Amblyoma* con amplia distribución en el territorio mexicano. Dentro de las manifestaciones de la enfermedad temprana diseminada se encuentran afecciones de SNC 12% del total de pacientes con *Borreliosis*. De estos, 5% se presentan como mielitis transversa (MT), dentro del diagnóstico diferencial de Mielitis transversa aguda (MTA), hay alrededor de 40 casos reportados en la literatura. En el territorio mexicano no hay casos documentados de mielitis transversa aguda como manifestación de Neuroborreliosis. Ficha de identificación y antecedentes de importancia: Masculino de 33 años originario de Teocelo, Veracruz, residente de Ecatepec, Edo. Mex; sin antecedentes patológi-

cos de importancia. Evolución del caso: Inicia con urgencia urinaria, pujo, tenesmo vesical e hipertermia no cuantificada, acompañado de astenia y cefalea. Un día después, presenta parestesias en miembros pélvicos, simétrica, distal, con nivel sensitivo a T11. 48 horas después de iniciado el cuadro acude a urgencias donde se encuentra retención aguda de orina, ausencia de control de esfínteres y paraplejia, se registra febrícula en las primeras 24 hrs de hospitalización. Se sospecha MTA. Se realiza RMN con engrosamiento longitudinal de la médula espinal, encéfalo sin alteraciones. Se inicia tratamiento con pulsos de metilprednisolona en 5 dosis por sospecha de etiología autoinmune, solicitando además Ac. anti-acuaporina 4, bandas oligoclonales, perfil inmunológico siendo negativos y Ac. para *Borrelia burgdorferi*, PCR para *Rickettsia* sp. y *Anaplasma phagocytophilum*, con resultado positivo, así como en Western Blot para IgG de *B. burgdorferi* en LCR positivo. Se inicia tratamiento a base de Ceftriaxona. Evolución: Desde el inicio de antimicrobiano con importante mejoría clínica. A su egreso con recuperación clínica de la fuerza y sensibilidad de miembros pélvicos, así como de función del esfínter urinario. **Conclusiones:** Se realiza diagnóstico de MT secundaria a neuroborreliosis por serología positiva confirmatoria en LCR.



Se completaron 14 días de tratamiento con recuperación ad integrum. Este constituye el primer caso mexicano reportado de mielitis transversa aguda como manifestación de neuroborreliosis.

0356 Síndrome de Guillain-Barré como manifestación inicial de la infección por VIH. A propósito de un caso

Esparragoza C

IMSS, Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Introducción. El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una poliradiculoneuropatía aguda, habitualmente grave y de curso fulminante, de origen autoinmunitario. Existen pocas publicaciones sobre su asociación con la infección por el VIH. Se ha descrito que puede ocurrir en el curso temprano de la infección por VIH, en el momento de la seroconversión o como parte de un síndrome de reconstitución inmune. **Caso clínico:** Se presenta el caso de un hombre de 40 años de edad, sin antecedente de enfermedades crónico-degenerativas. Consultó por cuadro clínico de cinco días de evolución consistente en debilidad de miembros pélvicos distal ascendente, de manera progresiva, hasta llegar a debilidad bilateral de cadera con imposibilidad para la deambulacion. Posteriormente se agregó debilidad de extremidades superiores, disfonía y mala movilización de

secreciones bronquiales. A su ingreso se encuentra a la exploración parálisis facial bilateral, ausencia de reflejo deglutorio, parálisis distal de 4 extremidades de predominio derecho, arreflexia generalizada, se realiza punción lumbar reportando LCR incoloro, con 4 células, proteínas de 217, glucosa 60, cursando con tendencia a la progresión rápida, por lo que se maneja con inmunoglobulina (2gr /kg), se solicitan carga viral para VIH reportándose con 287,000copias(Log:5.46) y CD4:258cel/mm³, así se realizaron velocidades de neuroconducción que traduce a polirradiculo-neuropatía motora axonal con desmielinización secundaria. **Discusión.** El presente caso reviste vital importancia teniendo en cuenta la poca prevalencia de esta manifestación y en especial porque se trató de una poliradiculoneuropatía motora aguda de tipo axonal (AMAN), que aun es más rara. **Conclusiones.** El sistema nervioso periférico también puede verse afectada por la infección aguda por VIH. A modo de ejemplo, un informe describe a 10 pacientes con VIH-GBS en cinco hospitales de 1986 a 1999. El recuento medio de CD4 fue de 367 / mm³(rango 55-800). CGB fue el primer síntoma de la infección por VIH en tres pacientes. Parálisis braquial y facial también se han observado.

0363 La infección por virus de inmunodeficiencia humana y la

colitis ulcerativa crónica inespecífica: una asociación poco común que debe sospechar el clínico

Gudiño H,¹ Fragoso M,² Jiménez M³

¹IMSS, Hospital General Regional No. 1 Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro. Clínica Especializada Condesa GDF, ²IMSS, Hospital General Regional No. 1 Dr Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro, ³IMSS, Unidad de Medicina Familiar No. 77.

Antecedentes: La colitis ulcerativa Crónica Inespecífica (CUCI) es una enfermedad inflamatoria del colon y el recto. Dentro del protocolo diagnóstico de escrutinio de CUCI deberá descartarse infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH. **Objetivo:** Presentación de 3 casos de la Clínica Especializada Condesa con la asociación de CUCI y VIH. Caso 1. CLJ Hombre de 38 años con uso crónico de cannabis, prueba confirmatoria positiva para VIH reciente, con relaciones homosexuales insertivas y receptivas. Inició con cuadro de 1 mes con astenia, evacuaciones diarreicas, con moco y sangre, perdida ponderal de 10 kg, con abdomen doloroso en marco colonico y tacto rectal con moco y sangre, colonoscopia que demostró mucosa de recto y anal eritematosa, friable, con exudado mucoso adherido, y múltiples erosiones cubiertas de fibrina, Histopatológico. CUCI.

Se realizó pANCA con resultado positivo. Se inició de manejo de tratamiento antirretroviral a base de Tenofovir/emtricitabina/Lopinavir/r y mesalazina, 1 mes después, sin datos de actividad de CUCI remisión hasta la actualidad. Caso 2. MLM hombre de 21 años, con Índice Tabaquico de 2, con relaciones homosexuales receptivas, con depresión tratada con sertralina, tuvo cuadro de 1 mes de evacuaciones con moco y sangre, hematoquezia, pérdida de peso de 15 kg en 1 mes, cursó con neumonía, con prueba de ELISA para VIH reactiva, colonoscopia con mucosa friable, úlceras continuas hasta colon transverso, con fibrina profundas, se le inicio Mesalazina en enemas y oral con adecuada respuesta, remitiendo las evacuaciones, prueba pANCA (+), Se inició Tratamiento antirretroviral con Tenofovir/Emtricitabina/Atazanavir/r, con buena evolución hasta la actualidad, con remisión de actividad de CUCI así como adecuado control virológico. Caso 3. BHG hombre de 43 años de edad, con Índice tabáquico de 18, con diagnóstico de CUCI de 8 años, sin tratamiento, con relaciones homosexuales receptivas, diagnostico de VIH en el 2013. Inicio pérdida de peso de 12 kg en 1 mes con diarrea, con moco, sangre y dolor abdominal, colonoscopia con úlceras confluentes hasta colon ascendente, mucosa friable, datos de actividad de

CUCI, se le inicio mesalazina enemas y posterior oral con mejoría, se inició con Tenofovir/Emtricitabina/Efavirenz, a los 4 meses datos de fracaso virológico por resistencia primaria, se ajustó con Genotipo viral a Tenofovir/Raltegravir/Darunavir/r con buena respuesta, con éxito virológico y adecuado control de ambas enfermedades. **Conclusiones:** La infección por VIH y el CUCI pueden coexistir, a toda persona con CUCI deberá realizarse escrutinio para VIH, y como abordaje de diarrea o evacuaciones sanguinolentas en VIH deberá descartarse CUCI, una asociación que deberá estar presente siempre en el clínico.

0379 Tuberculosis diseminada, presentación clínica y sobrevida: -Serie de 5 casos del Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud

Ocaña M,¹ Sepúlveda J,¹ Ovilla D,¹ Ramírez J,¹ Mena B,¹ Mendoza A,² Contreras A,² Vera O³ 1SSA, Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud, 2SSA, Hospital Juárez de México, 3IMSS, Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza.

Introducción: La tuberculosis continúa siendo un problema de salud pública en nuestro país. Los casos de tuberculosis miliar y diseminada en el estado de Chiapas aún son frecuentes y su pronóstico depende de múltiples factores. **Objetivos:** Reportar los casos diagnosticados de tuberculosis diseminada durante el 2015 en el Departamento de Medicina Interna del HRAE Ciudad Salud. **Resultados:** La descripción de los casos se muestra en el cuadro I. **Conclusiones:**

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5
GENERO	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino
EDAD (años)	35 años	24 años	28 años	45 años	72
TIPO TUBERCULOSIS	DISEMINADA (pulmón, urinaria, hepática)	DISEMINADA (Pulmon, intestinal, SNC)	DISEMINADA (Osea, renal, pulmonar)	DISEMINADA (Pulmonar, intestinal, renal, SNC)	DISEMINADA (Pulmonar, testicular, hepatoesplénica y en SNC)
PPD/IGRA	(+)	N+	N+	N+	(-)
IDX DEFINITIVO	Histopatológico	Histopatológico	Histopatológico	Molecular Cultivo	Histopatológico
SINTOMAS	Disnea, fiebre, tos seca.	Pérdida de peso no intencionada, fiebre, tos.	Deterioro neurológico, Retención urinaria Hipertensión Endocraneal.	Fiebre, diaforesis pérdida de peso no intencionada Diarrea.	Fiebre, pérdida de peso no intencional tos Cistitis/pididitis, sintomatología urinaria obstructiva.
Tiempo entre síntomas y IDX (meses)	3	2	2.5	1.5	1
TRATAMIENTO INICIADO	HRZ	HRZE	HRZE	HRZE MOXIFLOXACINO AMIKACINA CICLOSERINA	HRZE
ENFERMEDADES CONCURRENTES	IRC en TRR HD secundaria a Uropatía Obstructiva	VIH estadio IIIc.	Ninguna	CMV Cryptosporidium en VIH C3	HAS FA no valvular
Sobrevida a 3 meses	Defunción	Defunción	Vivo a los 6 meses	Defunción	Defunción



el diagnóstico de tuberculosis diseminada es un reto diagnóstico. Los factores pronósticos asociados a la sobrevida no están completamente establecidos, sin embargo, las tasas de mortalidad son altas independientemente de su relación con VIH.

0386 Infecciones asociadas a catéter venoso central en un centro privado de tercer nivel de atención

Calderón S, Guillén M, Sánchez A, Hoyo I

Privado, Servicio de Medicina Interna, Centro Médico ABC.

Introducción: Se desconocen las características clínicas, la susceptibilidad microbiológica y la mortalidad de pacientes con infecciones asociadas a catéter venoso central (IAC) en el CMABC. **Objetivo:** Identificar las características clínicas al ingreso de pacientes con IAC, estimar la mortalidad y describir la susceptibilidad de los microorganismos aislados.

Material y métodos: Estudio longitudinal de pacientes subsecuentes con diagnóstico de IAC de acuerdo a criterios de la CDC provenientes del CMABC en área de hospitalización y ambulatorios del periodo comprendido entre enero de 2013 a febrero de 2015, se obtuvieron variables clínicas, demográficas y de laboratorio, se registraron los microorganismos aislados y los antibiogramas, se estimó la mortalidad global y se buscaron

factores asociados a mortalidad.

Resultados: Se incluyeron un total de 45 pacientes, 55.6% hombres y 44.4% mujeres con una edad promedio de 58 ± 19.05 años. El 28% ambulatorios y 71.1% hospitalizados. El tiempo de estancia intrahospitalaria mediana de 15 (RIQ 8-31) días. El diagnóstico de ingreso a hospitalización más frecuente fue neoplasia sólida, neoplasia hematológica y neumonía en el 17.8, 11.1 y 11.1%, respectivamente. Las comorbilidades incluyeron diabetes mellitus en el 20%, hipertensión arterial sistémica en el 37.8%, insuficiencia renal crónica en el 6.7%, neoplasia sólida en 17.8% y neoplasia hematológica en 11.1%. La proteína C reactiva con un promedio de 22 ± 19 mg/dl, procalcitonina 15.45 ± 13.5 mg/dl, leucocitos $13,535 \pm 4.8$ cel/mm³, velocidad de sedimentación globular 31 ± 21.5 mm/hr. Los microorganismos aislados con mayor frecuencia fueron candida spp en el 20%, staph epidermidis en el 13% y enterococcus faecalis, staph aureus y streptococcus hominis cada uno con 8.9%. Se aislaron microorganismos resistentes en el 34%, con el siguiente perfil de resistencia: E. coli BLEE en 66%, staph spp. resistentes a oxacilina en 70%, enterococcus spp. resistente a ampicilina en el 33%, streptococcus spp resistente a quinolonas en 12.5% y multidrogo resistente en el 12.5%. La proteína C reactiva

(PCR) ≥ 23.5 mg/dl al ingreso se asoció a mortalidad [HR = 13 (IC95% = 1.4 -120, p = 0.012)].

Conclusiones: El microorganismo más frecuentemente aislado fue candida, casi la tercera parte de los microorganismos aislados fueron resistentes, la PCR elevada se asoció a mortalidad.

0387 Meningoencefalitis por virus del Oeste del Nilo: primer reporte de caso de 2015 en México

Torres A, Paredes J

Privado, Hospital San José, Tec de Monterrey.

Antecedentes: El virus del Oeste del Nilo es transmitido por el mosquito de la familia Flavivirus y su huésped son las aves migratorias. En México se registró el primer caso en el 2003, y hasta el 2012 se han confirmado solo 11 casos. **Informe de caso:** Masculino de 52 años de edad originario de Monterrey, N.L. traído a urgencias por cuadro de malestar general, mialgias, artralgias, debilidad, cefalea y fiebre de hasta 40°C de 3 días de evolución. Como antecedentes tiene retraso psicomotor leve tabaquismo intenso e HTA. Regresó de un viaje a Puerto Vallarta 3 semanas previas al inicio de sus síntomas y pasa los fines de semana en una presa en Nuevo León. A su ingreso con Glasgow de 14, ligera rigidez de nuca y petequias en extremidades inferiores. La BH con bicitopenia (Leucopenia de 2,600 trombocitopenia de

34,000). VSG 42 PCR 2.4. RMN de encefalo simple es normal. Se realiza PL encontrando liquido claro, presión de apertura de 26mmHg. En el citoquimico hay proteínas de 107 mg/dl, pleocitosis de 355 con neutrofilos 98% El gram, KOH, BAAR y tinta china son negativos. Se inicia tratamiento empírico con ceftriaxona, vancomicina y dexametasona. Los siguientes días el paciente con poca mejoría, se realiza RMN de encefalo contrastada que es normal. Cultivos de LCR negativos. Se repite PL al 3er día encontrando pleocitosis de 28 (54% neutrófilos y 44% linfocitos). Se inicia aciclovir. Se envía panel para mas de 10 virus. A las 24 hrs el paciente con mayor somnolencia y mayor debilidad. Presenta disnea con desaturación requiriendo intubación. Se obtiene resultado de panel viral siendo positivo IgM para virus del oeste del Nilo a titulos 6 veces el superior. El paciente se extuba a los 3 días, sin embargo presenta retención de Co2 y se reintuba. Al examen físico llama la atención parálisis flácida de las 4 extremidades. Se realiza traqueostomía y se inicia terapia física de rehabilitación. **Discusión:** En los 2 meses previos, Nuevo México, Texas y California reportaron su primer caso de virus del Nilo en el 2015. No se encontraron registros en México de infecciones, por lo que éste sería potencialmente el primer caso en lo que va del año. En

nuestro caso el cuadro clínico es totalmente compatible y se determinó positividad por IgM en LCR, está pendiente la confirmación por PCR. Según los reportes 1 de cada 150 desarrollan complicaciones de parálisis flácida.

0423 Meningitis por *Mycobacterium tuberculosis* en paciente inmunocompetente con gene-expert (GE) y adenosin deaminasa (ADA) negativos. Validez de dichos estudios en líquido cerebroespinal (LCE)

Gordoa E,¹ Paredes E,¹ Olguín A²

¹SSA, Hospital General Dr. Manuel Gea González, ²IMSS.

Antecedentes: La meningitis en una enfermedad relativamente común, y entre las causas de sospecha obligada se encuentra *M. tuberculosis*, muchas veces es infradiagnosticada debido a la dificultad en su aislamiento. La validez estudios de nueva generación GeneXpert (GE) y adenosin deaminasa (ADA) aún es controversial debido a que su validación original fue a nivel sérico. **Objetivo:** Analizar la validez de GE y ADA en neuroinfecciones por *M. tuberculosis*. Caso: Femenino de 68 años, con antecedente de hipertensión arterial sistémica. Cuadro clínico de 4 meses de evolución, con cefalea generalizada, fluctuación del alerta, ataque al estado general y pérdida de peso de 10kg. Presentó agudización, con fiebre hasta

39°C, deterioro del alerta, ataxia y postración. A su ingreso, febril, inatenta, coma de Glasgow 8 puntos, rigidez de nuca, meníngeos presentes, paresia facial central izquierda, espasticidad predominio izquierdo, Babinsky y Chaddock bilateral. Tomografía de cráneo, con lesiones hipodensas en sustancia blanca, supratentoriales, con reforzamiento anular, ELISA 4G negativo, punción lumbar: hipoglucorraquia (26mg/dL), hiperproteinorraquia (112mg/dL), hiper celularidad (21) polimorfonucleares (70%). Inició tratamiento empírico (ceftriaxona, vancomicina, ampicilina, aciclovir), sin mejoría clínica; tinciones y cultivos (Ziehl Neelsen, ADA 4.6U/L, GE, tinta china, Ag Criptococo, citológico hiper celular, VDRL LCE) negativos; se agregó tratamiento antituberculoso y esteroide por alta sospecha clínica, punción lumbar de control (7 días), hipoglucorraquia 15mg/dL, celularidad 70% mononucleares, USG doppler transcraneal sin ventana acústica, resonancia magnética lesiones supra e infratentoriales hipointensas con reforzamiento anular. Presentó mejoría clínica, continuó tratamiento anti-tuberculoso y esteroide ambulatorio, con posterior recaída. Resonancia magnética, nuevas lesiones con mismas características. Se tomó biopsia por neurocirugía, reporte de patología absceso caseoso temporal izquierdo, microbiología reportó bacilos-



copía, Ziehl Neelsen y cultivo positivos. **Discusión:** La validez de GE y ADA para diagnóstico de neuroinfección, carecen de validez. En este caso, confirmamos que dichos estudios pueden ser una herramienta importante, con elevado valor predictivo positivos, pero no sustituyen una adecuada evaluación, ni alta sospecha clínica.

0431 Pielonefritis enfisematosa derecha. Reporte de un caso en el Hospital General Tacuba ISSSTE

Quiñones D, Escamilla G, Macías A

ISSSTE, Hospital General Tacuba

Introducción: La Pielonefritis enfisematosa (PE) es una grave infección necrotizante del tracto urinario superior con presencia de gas y predominio izquierdo.

Objetivo: Presentar un caso de PE derecha la cual es poco común. **Caso clínico:** Femenino 56 años, DM2 e Hipertensión arterial sistémica, de larga evolución, enfermedad renal crónica, 1 año de diagnóstico. Inicia con astenia, adinamia, vómito, fiebre, disuria, polaquiuria, tenesmo vesical. Ingresa con infección de tracto urinario y DM2 descontrolada. Ultrasonido renal: imagen hipoeoica en polo inferior renal derecho e imágenes ecogénicas. Tomografía computada (TAC) abdominopélvica, presencia de gas en polo inferior re-

nal derecho y colección líquida, diagnosticando PE. Drenaje y toma de cultivo positivo a *Klebsiella pneumoniae*. Se continuó insulina e imipenem con levofloxacino, con evolución a la mejoría.

Discusión: Sintomatología urinaria, piuria, fiebre y dolor son la sospecha diagnóstica de PE, se corrobora con TAC, la etiología más común es *Escherichia coli*.

0444 Empiema por toxoplasmosis. Reporte de un caso clínico

Denis C

SSA, Dr. Juan Graham Casassus

La toxoplasmosis es una enfermedad ocasionada por *Toxoplasma gondii*, que habitualmente causa enfermedad asintomática en humanos inmunocompetentes en paciente inmunocomprometidos las manifestaciones son atípicas y severas. Se presenta un caso clínico de un paciente femenino de 16 años previamente sana que ingresa con síndrome de derrame pleural del 100 % en hemitorax izquierdo, se realizó toracocentesis diagnóstica obteniendo líquido francamente purulento se inició manejo inmediato con doble esquema antimicrobiano y se solicita TAC para estadificación siendo compatible con empiema light 7, posteriormente el servicio de microbiología reporta la presencia de taquizoitos abundantes, realizamos interconsulta al ser-

vicio de cirugía cardiotorácica para lavado y decorticación con toma de biopsia pleural el cual se realiza sin complicaciones con estancia durante 2 días en UCI, el reporte final de patología fue toxoplasmosis pulmonar; se realizó cambio al manejo antimicrobiano se decide manejar con Trimetopim y sulfametoxazol durante 15 días en estancia hospitalaria, evolucionando satisfactoriamente a la decorticación, se realizó protocolo en búsqueda de inmunodeficiencia sin encontrar alguna de por medio. **Resultados:** la paciente se recuperó totalmente sin complicaciones pulmonares, se decide su egreso del servicio con 2 meses de tratamiento vía oral con vigilancia durante un año con posterior alta definitiva. **Conclusiones:** se trata de un paciente femenino presentó un cuadro de toxoplasmosis esta no se presentó de la forma habitual en paciente inmunocompetente, por lo cual requirió manejo invasivo y antibióticoterapia específica por un periodo prolongado.

0452 Características clínico epidemiológicas de la influenza A H1N1 en el servicio de medicina interna del nuevo Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca

Díaz P0, Flores J1, Ortiz J2, Velarde F3, Cruz D4

0. SSA Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca, Servicio de Medicina Interna; 1. SSA Hospital Civil de Gua-

dalajara Dr. Juan I. Menchaca, Servicio de Medicina Interna y Hematología; 2. SSA Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca, Servicio de Medicina Interna y Neumología; 3. SSA Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca, Servicio Laboratorio Patología Clínica; 4. SSA Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca, Servicio de Epidemiología.

Introducción: La influenza es una infección viral que afecta las vías respiratorias altas que puede complicarse y afectar vías respiratorias bajas, de inicio súbito, con alguna de las siguientes manifestaciones: fiebre, cefalea, mialgia, postración, coriza, odinofagia, tos, y complicaciones como neumonía por coinfección bacteriana y en casos más graves, la muerte. En México predomina en la época invernal, se presentan un promedio 26 millones de casos de infecciones respiratorias agudas (IRAs) al año, 152 mil son bronconeumonías y neumonías con un promedio de 13 mil defunciones. **Objetivo:** Describir las características clínico epidemiológicas de pacientes adultos hospitalizados con influenza A H1N1 atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital Civil de Guadalajara “Dr. Juan I. Menchaca” en el periodo comprendido del 01 de diciembre del 2013 al 28 de febrero del 2014. **Material y métodos:** estudio observacio-

nal, descriptivo, retrospectivo y transversal, realizado entre el periodo de diciembre 2013 a febrero de 2014, en Medicina Interna del Hospital Civil de Guadalajara “Dr. Juan I. Menchaca”. Muestreó no probabilístico, se incluyó a pacientes que cumplieran con la definición operacional de influenza y PCR positivo para Influenza A H1N1, se elaboró un instrumento de registro con datos socio-demográficos, factores de riesgo, características clínicas, bioquímicas, tratamiento y complicaciones. **Resultados:** N=61 casos confirmados, 34 mujeres, 27 hombres, promedio de edad 39 años; factores de riesgo algún grado de obesidad 27%, Hipertensión arterial 21%, DM2 14%, cardiopatías 9%; antecedente de vacunación 9.8%, características clínicas: tos 98%, fiebre 96%, disnea 86%, ataque al estado general 86%, rinorrea 75%; Bioquímicos: linfopenia 89%, procalcitonina 69%, DHL 61%; **Tratamiento:** 91% recibió oseltamivir y de estos el 90% recibió en conjunto antibióticos; complicaciones: mortalidad 33%, ventilación mecánica 35%, lesión renal aguda 29%, rabdomiolisis 33%. **Conclusión:** podemos observar una alta tasa de mortalidad en pacientes sin factores de riesgo conocidos 35%, de las defunciones el 100% requirió de ventilación mecánica invasiva, los cambios bioquímicos y las complicaciones presentadas

corresponden a las cifras descritas por la literatura nacional e internacional.

0459 Relación de egresos económicos respecto al uso de los antibióticos más frecuentes en la sala de medicina interna de un hospital de referencia de 3er nivel en el noreste de México

Hawing JO, Serna GO, Galarza DO, Camacho AI

0.Universitario Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González; 1. IMSS Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: El uso racional de antibióticos – tal como indica la OMS – debe extenderse más allá de los fines epidemiológicos relacionados a la prevención de resistencia bacteriana. Los costos relacionados al uso de este grupo de medicamentos constituyen un área de oportunidad para mejorar las finanzas de los sistemas de salud de países en desarrollo como el nuestro, de tal manera que conocer el impacto económico real de la administración de antibióticos resulta crucial para alcanzar dicho objetivo. **Material y métodos:** se trata de un estudio observacional, prospectivo donde se registraron los antibióticos más comúnmente utilizados en la sala de medicina interna del Hospital Universitario “Dr. José E. González” y su impacto términos de costo bruto y costo real durante los meses Enero 2015 a Agosto



2015. **Resultados:** el costo total de la administración de los 10 antibióticos más prescritos en la sala de medicina interna durante el período evaluado fue de \$1,605,353.00 pesos. Los 3 antibióticos más usados en durante el período de evaluación fueron: 1) Imipenem, 2) Vancomicina, 3) Ceftriaxona, todos de presentación intravenosa. El costo real en la administración de los antibióticos prescritos fue en promedio un 138% mayor respecto al costo bruto (precio de adquisición). En contraste los antibióticos de administración por vía oral, solo constituyeron un 13.4% del costo total, siendo significativamente menor con respecto a los antibióticos intravenosos ($p=0.017$). **Conclusión:** por mucho los antibióticos carbapenémicos lideran la lista de los antibióticos más costosos para nuestra institución. Los costos intrahospitalarios de la administración de antibióticos conforman una corriente de egresos económicos que deben ser evaluados de forma estrecha, sobre todo en hospitales de administración y asistencia pública. De acuerdo a nuestros datos, la administración vía oral de antibióticos es preferible en términos económicos; sin embargo esto no llega a ser siempre posible debido a la complejidad de patologías infecciosas que acuden a nuestro hospital.

0476 Sarcoma de Kaposi esofágico en paciente sin lesiones

dérmicas, con infección por VIH

López LO, Matías MO, Rodríguez EO

O.SSA Hospital Juárez de México

Se trata de paciente masculino de 23 años de edad quien tiene factores de riesgo para padecimiento actual, con inicio de vida sexual activa a los 15 años, aproximadamente 20 parejas sexuales, sin uso regular de preservativo, con practicas de tipo comercial. Cuenta con el diagnóstico de infección por VIH desde hace 3 años, sin conocer carga viral o CD4 iniciales, inicia tratamiento durante un año a base de Truvada, pero es suspendido por voluntad propia. Resto de los antecedentes interrogados y negados. Inicia su padecimiento actual un mes previo a su ingreso con la presencia de dolor faríngeo de intensidad 6/10, sin síntomas acompañantes, agregándose posteriormente disfagia para sólidos y aumento de dolor hasta 9/10, por lo que recibe tratamiento antibiótico no especificado, sin mejoría de la sintomatología, motivo por el cual consulta con el servicio de urgencias del hospital. Al interrogatorio dirigido el paciente presenta tos sin expectoración, pérdida de peso de 5 kilogramos en el último mes. Se ingresa a hospitalización para continuar protocolo de estudio. Durante su estancia intrahospitalaria se toma biometría hemática inicial

en donde se observa HB 10.1, LEU 2.68, NEU 1.39, LIN 0.93, TORCH y VDRL con resultado negativo, CD 136, carga viral 553285, por la disfagia importante se realiza endoscopia y se encuentra esófago con distensibilidad y forma normal, a los 30 cm de la arcada dentaria se observa lesión excavada, de bordes bien definidos, fondo cubierto de fibrina que abarca 20% de la circunferencia y que se extiende hasta los 35 cm, se observó lesión similar de aproximadamente 2 cm de longitud, abarcando un pliegue mucoso a 2 cm de la unión esófago gástrica, que se encuentra a los 40 cm, se toman biopsias de las lesiones, reportándose una esofagitis ulcerada, con proliferación vascular, compatible con sarcoma de Kaposi. Es de notar que este paciente no presentó lesiones dérmicas de Sarcoma de Kaposi y la presentación esofágica pura es de muy baja incidencia, se envía al servicio de Oncología para manejo posterior.

0486 Utilidad de la procalcitonina en el diagnóstico de infección de vías respiratorias bajas, en pacientes con enfermedad renal crónica terminal

Reynoso CO, Miramontes EO

O.SSA Hospital Civil Dr. Juan I. Menchaca, Departamento De Medicina Interna

Objetivo: Demostrar la utilidad de la Procalcitonina (PCT) como marcador diagnóstico

temprano de Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) en pacientes con Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT).

Métodos: Se llevó a cabo un diseño de casos y controles; se definió como caso, aquellos con NAC y ERCT, con o sin terapia dialítica, en cualquiera de sus modalidades; los controles sin manifestaciones clínicas o cambios radiográficos sugestivos de NAC. La variable de desenlace primaria fue la toma de PCT a las 24 (PCT24) y 48 horas (PCT48) del ingreso a piso de Medicina Interna, para el cálculo de sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN), así como razón de verosimilitud (LR). **Resultados:** Se incluyeron 34 casos (52.9% mujeres, 47.9% hombres) y 33 controles (51.5% mujeres, 48.4% hombres) con respecto a la terapia de sustitución renal difiriendo en la modalidad, encontrándose en un 55.8% en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria en grupo de casos mientras que sin terapia de sustitución en grupo de controles al contar con diagnóstico de ERCT debut, 44% tuvieron un Índice de Severidad de Neumonía (PSI) IV y 11.8% PSIV. En los casos, el promedio de PCT24 fue de 24.5 (p .000) y PCT48 de 21.9 ng/ml (p .000), mientras que en el grupo control fue de 0.43 ng/ml a y 0.32 ng/ml, respectivamente. El 79.4% de los casos recibieron tratamiento con Levofloxacino y se identi-

ficó crecimiento de patógenos en cultivos en 14.7%. La tasa de letalidad fue de 11.8%, secundario a choque séptico. Se obtuvieron los siguientes parámetros de PCT24: S 91%, E 84%, VPP 86%, VPN 90%, LR+ 5.68 y LR- 0.10, el área bajo la curva (AUC) fue de 0.95 (IC 95% 0.89-1.0). Los valores de PCT48 fueron: S 85%, E 87%, VPP 87%, VPN 85%, LR+ 6.5, LR- 0.17 **Conclusiones:** La PCT24 y PCT48 en pacientes con ERCT resulta un marcador útil en el diagnóstico temprano de NAC, lo que favorece al inicio oportuno de tratamiento y por lo tanto a las complicaciones asociadas.

0490 Paludismo por *Plasmodium vivax* con afección a sistema nervioso central: reporte de un caso

Sanchez JO

0.IMSS Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI

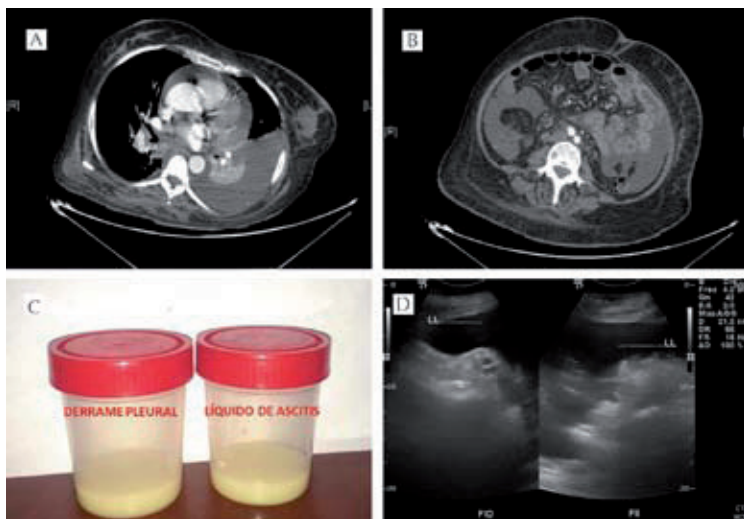
Antecedentes. La infección por *Plasmodium vivax* es la forma de paludismo más común en México. Están bien descritas sus manifestaciones clínicas entre las que destacan fiebre, anemia severa, cefalea, mialgias, artralgias, lesión renal aguda, síntomas gastrointestinales y respiratorios. El coma y otras complicaciones neurológicas son comunes en la infección por *P. falciparum* (endémico en África), no así en la infección por *P. vivax*, encontrándose

reporte de solo 100 casos en la literatura mundial en el período de 1921 a 2011. Resumen del caso: Mujer de 36 años de edad, residente de una comunidad rural de Chiapas, acudió a consulta por cuadro de un mes de evolución con fiebre de 40 grados, de cada tercer día, con escalofríos, diaforesis profusa y malestar general progresivo. Se agregó cefalea intensa y dolor abdominal en epigastrio, con evacuaciones disminuidas en consistencia, dándosele manejo sintomático sin presentar mejoría. Súbitamente presenta pérdida del estado de alerta, debilidad de las extremidades y postración, siendo llevada a urgencias. A su llegada se le encuentra con ECG 10 puntos (O4, V3, M3), afebril, con signos vitales dentro de parámetros normales, desorientada en tiempo, lugar, persona y situación, desatenta, lenguaje incoherente, agresividad, alternando con periodos de somnolencia, estupor y desconexión con el medio, predominando el último. A la exploración con alteración de la movilidad ocular con endotropía derecha, pupilas isocóricas, reactivas, tono espástico en las 4 extremidades, fuerza 4-/5 en MTD, 4+/5 en MTI, 3/4 en MsPs, ROTS 3/4 generalizado. Reflejos primitivos presentes. Respuesta plantar flexora bilateral. Meníngeos ausentes. Resto sin alteraciones. Laboratorios a su ingreso con anemia normocítica normo-

crómica (hemoglobina 11.3 g/dl, hematocrito 32%), leucocitos 6.900, plaquetas 278 mil, glucosa 146, creatinina 0.8, AST 337, ALT 262, bilirrubinas normales, GGT 166. Se solicita estudio de gota gruesa a su ingreso, resultando positiva para trofozoítos de *Plasmodium vivax*. Se inicia tratamiento con cloroquina con lo que presenta franca mejoría con evolución clínica favorable, recuperando el estado de conciencia y los déficits neurológicos a las 12 horas después de iniciado el tratamiento. Se egresa sin secuelas y se completa tratamiento con 14 días de primaquina. Control de laboratorios a las 2 semanas con gota gruesa negativa.

0529 Quilotórax y quiloascitis simultánea debido a *Mycobacterium tuberculosis* en paciente VIH positivo. Reporte de caso
Del Cueto A0, Ibarra H0, Atillano A0, Enriquez R0, Villarreal M0, Galarza D0
0.Universitario Hospital Universitario Dr. Jose E. Gonzalez, UANL

Antecedentes. La incidencia de *M. tuberculosis* como causa de quilotórax y quiloascitis es 3%. **Objetivo.** Presentar un caso de quilotórax y quiloascitis en paciente VIH positivo. Informe de Caso. Femenino 46 años, VIH positivo y Tuberculosis Pulmonar. Acude por dolor abdominal, disnea y dolor pleurítico; Tele de tórax con derrame pleural, lipasa 147 UI/L,



TAC de abdomen contrastado líquido libre abdominal. Toracocentesis, líquido quiloso, colesterol 31 mg/dl, triglicéridos 507 mg/dl; paracentesis, líquido quiloso, Colesterol 25mg/dl, Triglicéridos 333mg/dl, engloba quilotórax y quiloascitis. Citología de células malignas negativa. Discusión. La causa principal de quilotórax y quiloascitis es malignidad. Por historia se consigna *M. tuberculosis*. El tratamiento es Rifampicina, Isoniacida, Pirazinamida y Etambutol; dieta alta en proteínas, triglicéridos de cadena media. **Conclusiones.** *M. tuberculosis* en abordaje diagnóstico es imprescindible debido a implicaciones terapéuticas y pronósticas

0548 Características clínicas de la población infectada por *Acinetobacter complex* y perfil de farmacorresistencia

Verdeja P2, Infante H2, Serralde A1, Luna T0, Medina E2
0.IMSS Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Dominguez; 1.SSA Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán; 2. SSA Hospital De Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Dominguez

Antecedentes. En los últimos años el género *Acinetobacter* se ha destacado por la adquisición de multirresistencia a antimicrobianos de amplio espectro, afectando a pacientes críticos con realización de procedimientos invasivos y con enfermedades crónico-degenerativas. **Objetivo.** Describir las principales características clínicas y patrón de resistencia antimicrobiana de la población afectada por *Acinetobacter complex* en el Hospital de

Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez” durante el año 2014.

Metodología. Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Se incluyó a pacientes con cultivos positivos para *A. complex* y datos clínicos de infección de Terapia Intensiva (UTI) y Medicina Interna (MI) durante el 2014. Variables cualitativas (sexo, servicio, tipo de infección, enfermedades concomitantes, dispositivos invasivos y motivo de egreso), cuantitativas (edad). Análisis. Variables continuas se expresan en promedios, medianas y rangos intercuartiles. Las proporciones fueron comparadas usando prueba exacta de Fisher. Se utilizó software SPSS 22.

Resultados. 35 pacientes fueron estudiados. 37% estuvieron en UTI y 74% en MI. 60% egresaron por defunción. 49% tenían diabetes mellitus y 29% enfermedad renal crónica; 37% tuvo hospitalizaciones 3 meses previos. 86% de pacientes requirió de catéter central [media 19 días (d)], 89% sondaje urinario (media 19d), 80% sonda nasogástrica (media 18d), 12% apoyo mecánico ventilatorio invasivo (media 12d). 97% recibió antimicrobianos, principalmente ceftriaxona, clindamicina, amikacina e imipenem. Se aisló *A. complex* en 30% por hemocultivo, 16% por tejidos blandos y 18% por aspirado bronquial. Respecto a susceptibilidad antimicrobiana, se encontró sensibilidad a Ampicilina en 9%, Ampicilina-

Sulbactam 43%, Aztreonam 9%, Cefazolina 0%, Cefepime 14%, Ceftriaxona 11%, Ciprofloxacino 9%, Gentamicina 54%, Nitrofurantoina 0%, Tigeciclina 89%, Tobramicina 34%, Trimetoprim-Sulfametoxazol 14%, Moxifloxacino 40%, Imipenem 43% y Amikacina 75%. El 74% tuvieron multirresistencia extendida (XDR) y 17% multirresistencia (MDR).

Conclusiones. La población infectada por *A. complex* era críticamente enferma, lo cual pudo haber impactado en el desenlace negativo. En virtud de lo descrito y el perfil de farmacoresistencia observado se deberá individualizar el tratamiento antimicrobiano en cada paciente.

0553 Espectro clínico y mortalidad de pacientes con VIH /SIDA en Poza Rica de 2007 - 2015. Hospital Regional Poza Rica PEMEX.

Cruz M0, Ramírez L, Hernández A1

0.Pemex Hospital Regional de Pemex Poza Rica; 1.Pemex Hospital Central Norte de Pemex Mexico D.F.

Introducción: La infección por VIH / SIDA tiene un amplio espectro clínico y sus complicaciones impactan de manera significativa en la vida de los pacientes y en las instituciones de salud. En Veracruz hay un total de casos reportados de 15231, de ellos el 6.2% se reportaron en el municipio de Poza Rica,

7% de éstos recibe atención en los servicios de salud de PEMEX. **Objetivo.** Analizar las características demográficas, comorbilidades, esquemas terapéuticos empleados, tasas de mortalidad y causas de muerte de los pacientes atendidos por VIH/SIDA en el Hospital Regional Poza Rica PEMEX. **Métodos.** Se revisaron todos los expedientes médicos de los pacientes diagnosticados con infección por VIH / SIDA atendidos en el Hospital Regional Poza Rica PEMEX entre Enero de 2007 y Junio de 2015. Se realizó un análisis descriptivo de todos los pacientes. Las variables cuantitativas se expresaron con la media y desviación estándar (DS). La mortalidad hospitalaria por VIH se calculó en base a número de defunciones sobre los pacientes expuestos (total de casos) / 1000. **Resultados:** Se incluyeron en el análisis 62 pacientes de los cuales 51 fueron hombres (82%) y 11 mujeres (18%). Su promedio de edad fue de 40 años ± 12.8 D.S (15 - 76). Afinidad sexual: heterosexuales 39 (62.9%), homosexuales 21 (33.8%) y bisexuales 2 (3.3%). 3 pacientes cursaron con coinfección con Virus de Hepatitis B (5%). Predominó el índice de masa corporal normal (40.3%) y sobrepeso (34%). Las principales comorbilidades fueron la Diabetes mellitus y Dislipidemia (22.5% cada una). El 8% no cumplió criterios para inicio de terapia antirretroviral. 57 pacientes si recibieron



terapia antirretroviral, el 61.5% de ellos tienen 5 años o más de recibirlo. Los esquemas de manejo predominantes son: 2 ITIAN (Inhibidores de transcriptasa inversa análogos de nucleósidos) + 1 ITINN (Inhibidores de transcriptasa inversa no nucleósidos) en 23 pacientes (40.3%), 2 ITIAN + 2 IP (Inhibidores de proteasa) en 25 pacientes (43.8%). El 98.2% de los pacientes recibe una combinación de 3 a 5 antirretrovirales. 71% se mantienen con su primer esquema de manejo, 24% han recibido 2 esquemas de manejo, 3.4% ha recibido 3 o más esquemas de manejo. Un total de 17 pacientes fallecieron durante este periodo, 13 con causas relacionada a VIH de las cuales predominaron las infecciones respiratorias (34%) y las oportunistas (24%). Excluyendo a los dos extremos, las tasas de mortalidad variaron de 16 a 57. **Conclusión.** Se encontraron datos demográficos y comorbilidades similares a los observados a nivel nacional. Se siguieron los lineamientos internacionales de manejo en pacientes con VIH en el 88% de los casos lo cual está arriba de la media nacional. Las causas de muerte fueron congruentes con lo descrito en la literatura de las cuales el 24% no estuvieron relacionadas al VIH. La mortalidad observada fue más alta en relación a la media de otras instituciones lo cual es tema de discusión.

0555 Encefalomiелitis diseminada aguda asociada a *Mycobacterium tuberculosis* reporte de caso

Contreras AO, Sepulveda J1, Reyes IO, Ovando D0

0.SSA Hospital Juárez de México; 1.SSA Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud

Antecedentes: La encefalomiелitis diseminada aguda, producida por un mecanismo autoinmune, mediante el cual se condiciona una desmielinización multifocal en el SNC. Con incidencia baja, se estima entre 1-8 casos por millón de personas/año. Con etiologías o agentes desencadenantes muy diversos. **Caso clínico:** Masculino de 43 años de edad con factores de riesgo ingresa al servicio de MI en Julio 2014, por Sx consuntivo y Sx febril, se diagnostica VIH C3 y Neumonía por P.Jiroveci, Rx de tórax con patrón retículo nodular bilateral, se da manejo ABO, sin embargo persiste con sx febril, se realiza BAAR en esputo, policultivos para hongos y bacterias incluyendo Mielocultivos, resultando negativos, por hallazgos de Rx de tórax se sospecha en Tuberculosis por lo que se inician antituberculosos, remitiéndose la fiebre dos días después, se inicia HAART y se egresa con mejoría. En febrero 2015 presenta hemiparesia izquierda posteriormente cuadriparesia, ingresando al servicio de infectología, súbitamente presenta

paro cardiorrespiratorio, dando maniobras de reanimación cardiopulmonar y manejo avanzado de la vía aérea, con respuesta al segundo ciclo. Sin sedación, a la EF se encuentra cuadripléjico, arreflexico, con automatismo pero sin esfuerzo respiratorio, presentando disautonomias, con pérdida del control de esfínteres, Citoquímico LCR: hiperproteínorraquia e hipoglucorraquia sin celularidad. TAC cerebral con datos de atrofia. RM cerebral con imágenes hipointensas en T1 e hiperintensas en T2 desde ventrículos hasta la convexidad así como peri ventriculares, RM cervical contrastada con lesión desmielinizante en medula espinal, diagnosticándose encefalomiелitis aguda diseminada con deterioro a nivel mesencéfalo. PCR para VHS 1 y 2 negativos, PCR para Tuberculosis de LCR positivo. Se aplica esteroide se continua con antituberculosos, sin embargo no responde a manejo y fallece.

Conclusiones: el diagnostico de una encefalomiелitis diseminada aguda es complejo y aun mas identificar la etiología de esta, la baja incidencia del bacilo mycobacterium tuberculosis como causante se estima en una incidencia por debajo de la unidad, no existiendo datos epidemiológicos de dicha etiología. Por lo que se reporta este caso, aunado a que el paciente aun con manejo antituberculoso, presenta diseminación del bacilo llevándolo a un padeci-

miento desmielinizante difuso y progresivo.

0589 Trasplante fecal como tratamiento de infección por *Clostridium difficile*

Reyes F, Zapata S

SSA, Hospital General Dr. Manuel Gea González.

Introducción: *Clostridium difficile* es una bacteria Gram-positiva, formadora de esporas, suele propagarse por la vía fecal-oral. Es no invasivo y produce toxinas A y B que causan enfermedades, que van desde infección asintomática, diarrea leve a colitis pseudomembranosa. **Caso clínico:** Paciente femenina de 68 años de edad quien cuenta con antecedentes de: Trastorno ansioso-depresivo y Trastorno primario del sueño. Cuenta con antecedente de neumonía adquirida en la comunidad diagnosticada un mes previo a su ingreso, recibió tratamiento a base de ceftriaxona, moxifloxacino y claritromicina. La paciente presentó deterioro hemodinámico; asistió a Unidad Hospitalaria donde se le diagnosticó choque séptico secundario a Apendicitis y Colectitis Crónica Litiásica. Por tal razón se decidió ingresar a UTI, donde se encontraba con apoyo vasopresor a base de norepinefrina. Presentó evacuaciones diarreicas. Se documentó toxina AB de *Clostridium difficile* y se inició metronidazol IV, vancomicina VO y por enema sin respuesta

a estos. **Discusión:** Infección por *Clostridium difficile* es una causa muy importante de infecciones nosocomiales. Se estima un gasto anual de 3.2 billones secundario a esta. Se estima un riesgo del 23% a 30 días de presentar infección por *C. Difficile*. Se ha observado que el uso de metronidazol tiene una efectividad del 70%, mientras, que si se da en combinación con vancomicina alcanza el 90%. No obstante la recurrencia de esta infección es del 35% entre las semanas 1-8 posteriores a haber terminado antibioticoterapia. Por tal razón, la búsqueda de terapia de segunda línea en la última década ha aumentado; desde el uso de fidaxomicina, rifaximina, inmunoglobulinas, trasplante fecal, entre otros. En la literatura se ha documentado hasta la fecha al menos 500 casos de trasplante fecal, la mayoría solo como reporte de casos. El protocolo mas grande publicado (Els van Nood y colaboradores) de 16 pacientes, compararon contra 13 pacientes que recibieron Vancomicina VO y 13 pacientes que recibieron vancomicina VO y por enema; se observó adecuada respuesta después de una infusión de trasplante fecal (81%) y del 100% después de la segunda infusión en comparación con 31% y 23% respectivamente. **Conclusión:** El trasplante fecal como terapia de segunda línea para infección por *Clostridium difficile* es una buena alternativa soportada por protocolos previos.

0594 Tuberculosis ganglionar como causa de fiebre de origen oscuro: caso clínico

Perez M, Hernandez J, Romero G
SSA Hospital General Zona Norte de Puebla.

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa causada por *Mycobacterias*, es considerada como problema de salud pública. La OMS estimó en 2012 una incidencia mundial de 8.6 millones. En la mayoría de los casos la infección por *Mycobacterium Tuberculosis* (MTB) se produce a nivel pulmonar y en el 20% compromete tejido extrapulmonar, afectando principalmente pleura, sistema linfático y genitourinario. Esta infección es causada por la reactivación de una infección latente. Los factores de riesgo son alcoholismo, infección por virus de inmunodeficiencia humana, género femenino y > 40 años. Las manifestaciones de la tuberculosis extrapulmonar (TBEP) son heterogéneas y dependen de la localización, lo que dificulta su diagnóstico ya que puede imitar muchas otras enfermedades, por lo tanto la TBEP se considera como diagnóstico diferencial en los pacientes con tuberculosis pulmonar y factores de riesgo. El diagnóstico se realiza demostrando los bacilos ácido-alcohol resistentes de MTB por cultivo o la amplificación de DNA del mismo. La terapia con fármacos antituberculosis es la piedra angular del tratamiento. Se



presenta hombre de 34 años alcohólico, con enfermedad diverticular no complicada. Ingresa por síndrome febril y consuntivo, tos productiva mucohialina de 2 meses y medio de evolución recibiendo múltiples esquemas antibióticos sin mejoría. El único hallazgo clínico fueron adenopatías cervicales. Los estudios iniciales revelaron un hemograma, química sanguínea, electrolitos séricos normales y pruebas de funcionamiento hepático con elevación discreta de transaminasas. Se realizó protocolo para fiebre de origen oscuro con policultivos reportándose sin crecimiento, baciloscopias seriadas en esputo negativas, así como serología para VIH y para virus de hepatitis A, B y C no reactivos. Se hacen ecografía abdominal y tomografía de tórax reportándose normales y tomografía por emisión de positrones con aumento de actividad metabólica a nivel ganglionar en regiones cervical, mediastinal, retroauricular, peritoneal y pélvica. Se realiza biopsia ganglionar cervical, reportando histopatológico con enfermedad granulomatosa, linfangitis granulomatosa, secundaria infección por MTB. El diagnóstico de tuberculosis ganglionar, es un diagnóstico de exclusión debido a la amplia variedad de manifestaciones.

0595 Pancreatitis aguda como complicación en un paciente con dengue

Meza C, Verdugo Z, Cordova C, Irizar S, Dehesa E, Kawano C
SSA, Hospital Civil de Culiacan.

Antecedentes: El dengue es una infección viral endémica en regiones tropicales. La OMS estima entre 50 y 100 millones de casos en el mundo por año. En México se reportaron 94,430 casos entre 2013-2014, 56% en Baja California Sur, Veracruz, Sonora, Oaxaca y Sinaloa. El dengue grave es una complicación potencialmente mortal debido a fuga plasmática, acumulación hídrica, distress respiratorio, sangrado y/o daño orgánico. **Objetivo:** El abdomen agudo suele ser un reto diagnóstico para el médico y aunque la pancreatitis aguda (PA) es una causa común de abdomen agudo, su etiología infecciosa es poco frecuente y la asociación con dengue como complicación es muy rara. **Informe de caso:** Masculino de 29 años de edad, sin antecedente de comorbilidad, etilismo ocasional (sin ingesta en días previos). Inicia 5 días antes de su ingreso con dolor epigástrico persistente, urente, posprandial, no irradiado, fiebre de 39°C, cefalea y dolor retro-ocular, hiporexia, astenia y adinamia. Los laboratorios reportan: trombocitopenia, Ig-M y Ag-NS1 para dengue (+). Ultrasonido abdominal con vía biliar sin alteración; sin embargo, por persistir con epigastralgia se solicita lipasa que se encuentra 3 veces por encima del rango,

Ca sérico y perfil lipídico sin alteración; TAC de abdomen que reporta PA Balthazar grado B (Índice de gravedad 1 punto). Se maneja con ayuno y soluciones cristaloides, con importante mejoría clínica que permite su egreso a los 5 días de hospitalización. **Discusión:** El dengue se presenta en 3 fases (febril, crítica, resolución) él presentó Dengue no Grave con datos de alarma con fiebre, cefalea, artralgias y dolor abdominal persistente. La fase crítica, en la que se diagnosticó al paciente, se presenta 4-5 días posterior a la fase febril. Se realizó el diagnóstico clínico, serológico e imagenológico para PA, descartándose otras etiologías salvo la confirmación diagnóstica de dengue. Se reportan pocos casos en la literatura médica, todos en pacientes con dengue grave, lo que llama la atención en nuestro paciente que no cumple la definición de dengue grave. **Conclusiones:** El dengue grave es una condición clínica que requiere diagnóstico y tratamiento oportuno. Se han reportado múltiples presentaciones atípicas, pero la PA es una rara y potencialmente mortal complicación, la cual requiere aún mayor entendimiento de su fisiopatología.

0615 Hepatocarcinoma en paciente portador de hepatitis C crónica y hepatitis B aguda *Urbieta M0, Hernández S1, Martínez J1*

0 Otra, Hospital Central Militar;
1 IMSS

Se presenta caso de masculino 72 años, con hipertensión arterial y antecedentes de apendicectomía hace 30 años, consumo de alcohol durante más de 20 años hasta la embriaguez, tabaquismo por 53 años, IT 10.6 paquetes/año, tuberculosis pulmonar hace 20 años, cumplió tratamiento. Inicia padecimiento en abril de 2015 con debilidad, náusea, vómito, pérdida de 10 Kg en dos meses y aumento de perímetro abdominal. Acude a valoración el 14 de julio 2015 por síndrome icterico de patrón colestásico, reportándose ultrasonido con litiasis biliar y aumento de tamaño en cabeza de páncreas. El panel viral resultó reactivo para VHC y Ags HB así como alfafetoproteína 1180 y durante su hospitalización cursa con hemorragia gastrointestinal que ameritó hemotransfusiones y síndrome hepatorenal tipo 1. Se le realizó TC de hígado tres fases con múltiples lesiones nodulares en hígado y pulmón, con captación en fase arterial y reforzamiento de la cápsula en la fase de vaciamiento. La biopsia hepática, resultó positivo a hepatocarcinoma. No fue candidato a tratamiento quirúrgico por presencia de metástasis ni a quimioterapia por comorbilidades y hepatopatía crónica Child-Pugh C, por lo que se proporcionó apoyo con cuidados paliativos

así como control del dolor. Se cree que la mayor parte de los carcinomas hepatocelulares se deben a respuestas crónicas inflamatorias, inmunitarias y regenerativas a la infección por los virus de la hepatitis B o C. Las infecciones en cuestión desencadenan ciclos repetitivos de daño hepático inducido por virus, seguidos de reparación y regeneración hísticas. Durante decenios, la infección crónica por virus, la regeneración hística repetitiva y los cambios cromosómicos adquiridos pueden causar la formación de nódulos proliferativos. Las mutaciones cromosómicas adicionales pueden conducir a la degeneración de las células al interior de un nódulo proliferativo para constituir un carcinoma hepatocelular. En otros casos el DNA del HBV se integra al DNA de la célula y promueve la expresión excesiva de un gen de la célula que también tiene capacidad para contribuir a la oncogénesis. En el caso de nuestro paciente, el daño crónico causado por el consumo de etanol contribuyó de manera significativa al desarrollo del cáncer, teniendo una supervivencia media de cuatro meses por el estado funcional hepático.

0617 Sensibilidad a antimicrobianos de los urocultivos: estudio multicéntrico del noroeste de México

Miranda T, Perez S

Privado, Hospital Christus Muguerza de Alta Especialidad.

Antecedentes: Las infecciones de vías urinarias son la segunda causa de infecciones bacterianas en la práctica general y son una frecuente indicación de prescripción de antibióticos.

Objetivo: Determinar la sensibilidad de los antimicrobianos a los patógenos aislados de los urocultivos. Establecer los microorganismos más comunes. Comparar la sensibilidad de los antimicrobianos de los urocultivos recabados de manera ambulatoria contra los hospitalarios. Comprobar la proporción de bacterias *E. coli* productoras de BLEE. Método: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se recabaron todos los urocultivos que se hayan realizado en el período del 1 Enero del 2013 al 31 de Diciembre del 2014. Los cuales se realizaron en Monterrey, Nuevo León en el Hospital Christus Muguerza Alta Especialidad, Hospital Christus Muguerza Conchita, y Hospital Vidriera Christus Muguerza. Pacientes mayores de 18 años con clínica de Infección de Vías Urinarias que se haya realizado Urocultivo.

Resultados: Se recabaron 544 urocultivos positivos, 26% (IC95%; 22-30) ambulatorios vs 74% (IC95%; 70-78) p 0.0001. La *E. coli* fue la bacteria más frecuentemente aislada tanto ambulatorio como hospitalario (84% [IC95%; 77-90] vs 76% [IC95%; 71-80] p 0.095). Los antibióticos más sensibles en general fueron Ertapenem (97% [IC95%; 95-98]), Imipenem



(96% [IC95%; 94-98], Meropenem (98% [IC95%; 96-99] y Amikacina (96% [IC95%; 92-98]; los menos sensibles fueron Ampicilina (23% [IC95%; 19-27], Ampicilina/Sulbactam (37% [IC95%; 33-42], Trimetoprim/Sulfametoxazol (49% [IC95%; 44-54] y Moxifloxacin (49% [IC95%; 44-54]. La proporción de *E. coli* formadoras de biofilm fue de 16% [IC95%; 10-22] vs 20% hospitalario [IC95%; 16-24] $p=0.3$. **Conclusiones:** La *E. coli* sigue siendo el patógeno más frecuentemente aislado de los urocultivos. Los Carbapenémicos son los de mayor sensibilidad, las Cefalosporinas están con una sensibilidad media, mientras las quinolonas presentan un alto grado de resistencia. Existe una proporción elevada de *E. coli* productora de BLEE.

0626 Trombosis venosa como complicación de espondilodiscitis aguda causada por *Prevotella denticola*, en un paciente con estado hiperosmolar hiperglucémico. Reporte de un caso

Trujillo V, Lara C, Jáuregui L, Alegría M
Privado, Centro Médico ABC.

Antecedentes: La espondilodiscitis es una infección que afecta al disco intervertebral y la superficie de los cuerpos vertebrales, los factores de riesgo incluyen estados de inmunosupresión, endocarditis, uso de

drogas intravenosas o cirugías vertebrales, menos del 4% son causadas por anaerobios. *Prevotella denticola* es un bacilo gramnegativo anaerobio, patógeno oportunista, presente en la cavidad oral. **Informe de caso:**

Hombre de 49 años, antecedente de diabetes mellitus tipo 2 sin tratamiento, mal higiene bucal. Acude a urgencias por dolor lumbar de 1 semana de evolución, asociado a cefalea, debilidad y dolor en extremidades inferiores, dolor dental. A su ingreso con sepsis, síndrome confusional agudo, estado hiperosmolar hiperglucémico (EHH), dolor abdominal, lesión renal aguda y edentulia. Tomografía de cráneo normal, tomografía de abdomen: trombosis de vena cava inferior y trombosis de iliaca común. Se realizó una punción lumbar, con leucocitos 416 cel/ml, 95% polimorfonucleares, glucosa 317 mg/dl, proteínas 314 mg/dl. Se toman cultivos y se inicia cobertura antibiótica con ceftriaxona, ampicilina, aciclovir y vancomicina, además de hidratación y anticoagulación con enoxaparina. Se corrige descontrol glucémico y estado confusional. Por resonancia magnética se evidencia espondilodiscitis a nivel L5-S1 y se agrega doxiciclina. Sin embargo presentó dos picos febriles, posteriormente se reportó hemocultivo positivo para *Prevotella denticola*, se realiza ecocardiograma transtorácico con vegetación en punta de

catéter central, este es retirado y se ajusta esquema antibiótico a clindamicina y moxifloxacin, con mejoría clínica. **Conclusiones:** No se ha encontrado ningún caso reportado de espondilodiscitis por *Prevotella denticola*. Las infecciones son la causa desencadenante más común del EHH, el cual es un estado procoagulante por aumento del factor de von Willebrand y disminución de los niveles de proteína C y S. Se ha descrito la trombosis arterial como complicación de este estado, sin embargo la trombosis venosa es sumamente rara. Nuestro caso ejemplifica la necesidad de anticoagulación profiláctica en dichos pacientes, así como el tratamiento oportuno y dirigido de la infección desencadenante. Palabras clave: Espondilodiscitis, estado hiperosmolar hiperglucémico, trombosis venosa, trombosis de vena cava inferior, Bacteremia, *Prevotella denticola*

0632 Meningitis espontánea por *Escherichia coli* en un adulto. Reporte de un caso

Vicente B, Soto G, Beltrán C, Fuentes S
Privado, Hospital Ángeles Pedregal

Masculino de 80 años, antecedente de hiperplasia prostática benigna, diabetes mellitus, hipertensión arterial, fibrilación auricular y evento vascular isquémico. Inicia 10 horas previas a su ingreso con cefa-

lea intensa súbita, escalofríos, desorientación, agitación psicomotriz, inatención y poca interacción con el medio, acude a urgencias en donde se encuentra con fiebre de 38 grados, taquipnea, desorientación en las 3 esferas, ruidos cardíacos disrítmicos y globo vesical en hipogastrio. **Laboratorios:** Ego con datos de infección, leucocitosis de 16,400, neutrofilia 96%, alargamiento del INR. EN las siguientes 24 horas empeora el estado neurológico, con rigidez de nuca, signos meníngeos y hemiparesia izquierda. Se inicio esquema antibiótico empírico con ceftriaxona, vancomicina y ampicilina. Se recaba un urocultivo con E. coli BLEE. El paciente continua con deterioro neurológico, dificultad respiratoria y patrón de Cheyne-Stokes, con FR 47 l/m, por lo que se se realiza incubación orotraqueal, se aísla en LCR E. coli BLEE, se escala antibioticoterapia a meropenem, se tomo una tomografía de control que reporto Tomografía simple de cráneo en corte axial que muestra ventriculomegalia supratentorial y leucoaraiosis, hemorragia intraventricular, zona de isquemia antigua en hemisferio cerebral derecho, hiperdensidad del tenorio por infección aguda, edema generalizado e hidrocefalia. Múltiples áreas hipodensas en ambos hemisferios cerebrales por afectación a sustancia blanca en relación a proceso infeccioso conocido, no hemo-

rragia parenquimatosa. Zonas isquémicas por fenómenos vasolíticos por neuroinfección. El paciente evoluciona a falla orgánica múltiple y muerte al día 14 de estancia intrahospitalaria.

0644 Utilidad de albúmina y proteína C reactiva como factores predictores de severidad en pacientes con neumonía adquirida en la comunidad y su relación con puntaje de índice de severidad de neumonía

Rivera E, Ortega B, Sierra M, Zapata R, Fonseca J
SSA, Hospital General de México Dr. Eduardo Licéaga.

Introducción. Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) es una de las principales causas de hospitalización y muerte en el mundo. Albúmina sérica (AS) y proteína C reactiva (PCR) son proteínas relacionadas con factores asociados a mayor riesgo de mortalidad, y es conocida su asociación con factores de mal pronóstico en el paciente crítico. **Objetivo.** El presente estudio pretende determinar la utilidad clínica de AS Y PCR como factores predictores de severidad de NAC mediante su correlación con puntaje de índice de severidad de neumonía (PSI). **Métodos.** Fue un estudio observacional, analítico, transversal, prospectivo de un solo centro, de 30 pacientes de 18 a 75 años de edad en quienes se integró el diagnóstico clínico y/o radiográfico de NAC, de Abril de 2015 a Julio de 2015.

Se les aplicó PSI, se identificaron las comorbilidades asociadas a NAC y se determinó la relación entre AS y PCR con PSI. **Resultados.** La edad promedio fue 51.1 años, el 70% de los sujetos eran hombres, 30% eran diabéticos (9/30), 50% eran hipertensos (15/30) y 23.3% tenían Insuficiencia cardíaca (7/30). Se categorizó el puntaje de PSI según su estadiaje y se consideró clase IV o mayor como factor de riesgo de mortalidad, se realizó ANOVA de las variables y se reportó homogeneidad de las varianzas en todas ellas excepto en glucosa. Se encontró asociación entre clases IV o mayor de PSI con hemoglobina, hematocrito, creatinina, BUN y lactato ($p=0.001$, 0.002 , 0.005 , 0.017 y 0.05 , respectivamente). No hubo asociación significativa para la AS y PCR ($r=-0.19$ y -0.38 , respectivamente). Se determinó correlación inversa de la AS y PCR, aunque sólo esta última es estadísticamente significativa ($p=0.03$). Sin embargo la correlación de AS es débil y estadísticamente no guarda relación con el puntaje de PSI ($p=0.31$). Respecto a la correlación entre escala de SOFA y AS, se encontró que ésta fue negativa y débil ($r=-0.05$, con una $p=0.7$) y con PCR ($r=-0.02$, $p=0.09$). **Conclusiones.** En pacientes con NAC, el nivel sérico de PCR al ingreso se correlacionó de manera estadísticamente significativa con altos puntajes de PSI y SOFA. No así



el valor AS, que no correlacionó de manera significativa con PSI y SOFA. Así mismo, se encontró que hemoglobina, hematocrito, creatinina, BUN y lactato correlacionan de manera estadísticamente significativa con pacientes con el diagnóstico de NAC PSI clases IV y V.

0652 Reporte de un caso de absceso hepático amebiano con ruptura espontánea a cavidad pleural

Torres A, Avila A

SSA, Hospital General de México.

Antecedentes: La amebiasis es una infección causada por protozooario entamoeba histolytica más frecuente en países pobres y en vías de desarrollo debido a sus condiciones socioeconómicas y los niveles de saneamiento, la mayoría de los casos puede presentarse como disentería y en raros casos como absceso amebiano, el cual es más frecuente en la edad adulta, con un pico entre los 20 y 40 años, predominando en el sexo masculino, aproximadamente el 1% de los casos de abscesos amebianos presenta complicaciones como ruptura hacia peritoneo, tórax o piel, 90% cursan de forma asintomática, y el 10% restante con manifestaciones gastrointestinales o bien extraintestinales, el pulmón es el segundo sitio extra intestinal seguido por el hígado y el pericardio, generalmente se afecta cavidad pleural derecha y lóbu-

lo inferior aunque puede afectar cualquier parte de la cavidad torácica. En este reporte de caso se comenta una paciente que presentó absceso hepático con datos de dificultad respiratoria, se realizó protocolo de estudio de manera multidisciplinaria diagnosticando absceso hepático con drenaje a cavidad pleural. **Objetivo:** Realizar el reporte de un caso de absceso hepático amebiano con ruptura espontánea a cavidad pleural en paciente femenina, joven sin factores de riesgo. **Informe de caso:** Paciente femenina de 52 años de edad Inicia su padecimiento hace dos meses con dolor en región torácica posterior, aumenta de manera progresiva no tolera reposo ni a la bipedestación se acompaña de dificultad respiratoria, tos con expectoración de características hemoptoicas se realiza tomografía de tórax donde se evidencia derrame pleural y absceso hepático con comunicación a cavidad pleural, se inicia tratamiento antibiótico con cefalosporina y metronidazol, se coloca sonda endopleural con gasto 1200cc de líquido pleural de características achocolatadas se realiza tomografía de control con presencia de sonda endopleural en parénquima hepático se corrige mediante toracotomía exploratoria más decorticación de lóbulo inferior, fistulectomía y rafia diafragmática. Resultados de cultivos negativos y prueba de detección de ameba positiva.

Con buena evolución clínica.

Conclusión: actualmente es raro los casos de absceso hepático amebiano, sin embargo por el nivel socioeconómico de la población Mexicana y el problema de salubridad aún existen casos.

0654 Pancreatitis aguda asociada a bacteriemia por *Salmonella typhi*, como forma de debut clínico del síndrome de inmunodeficiencia adquirida

Hawing J, Monreal R, Mendoza A, Galarza D

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González.

Antecedente: Se sabe que la bacteriemia por *Salmonella* spp. ocurre entre hasta 100 veces más frecuentemente en pacientes con VIH, siendo señalada como una de las patologías definitorias del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Por otra parte, las infecciones complicadas relacionadas a *Salmonella* spp, suelen ser de difícil control, más aún si se documenta un foco o reservorio. **Objetivo:** Presentamos el caso de un paciente ingresado por pancreatitis aguda relacionado a bacteriemia por *Salmonella typhi* en el contexto de SIDA no conocido. **Informe de caso:** Masculino 41 años, con antecedentes de alcoholismo y tabaquismo, niega antecedentes médicos. Acudió a urgencias con dolor abdominal epigástrico transfixivo, con intensidad 9/10, intolerancia a

la vía oral, fiebre no cuantificada. Ingres a urgencias, amilasa 264 U/L, por TAC de abdomen se demuestra pancreatitis Balthazar C. Al tercer día el paciente desarrolla fiebre de alto grado, taquicardia y aumento en el dolor abdominal. Debido a la persistencia de sepsis, se toman hemocultivos y se realiza un nuevo TAC de abdomen apreciándose una colección pancreática de 12 cm de diámetro. A las 48 hrs se reporta *Salmonella typhi* en sangre, y debido a la linfopenia (0.671) se solicita serología para VIH resultando positiva. Carga viral de 185,120 y cuenta de CD4 = 179 cel/uL. Se inicia ciprofloxacino IV cediendo la fiebre a las 24 hrs, manteniéndose por 6 semanas. Se punciona la colección, aislando también *Salmonella typhi*, se deja drenaje durante 10 semanas con un vaciamiento total de 2,750 mL con datos de resolución por TAC de control a 3 meses. El paciente se egresa con evolución favorable sin necesidad de nueva intervención médico-quirúrgica. **Discusión:** Inicialmente aparenta ser un cuadro de pancreatitis aguda de etiología incierta, siendo el punto de inflexión el aislamiento bacteriológico en sangre de *Salmonella typhi* lo cual hizo sospechar de un estado de inmunosupresión documentándose infección por VIH y por ende la definición de SIDA. El manejo mínimamente invasivo de este paciente derivó en un desenlace favorable sin

aparentes recidivas durante el seguimiento. **Conclusiones:** Ante una bacteriemia por *Salmonella* hay que sospechar de un cuadro de inmunosupresión de base, siendo necesario al menos descartar la presencia concomitante de VIH y así eludir complicaciones.

0662 Infección por *Vibrio vulnificus*: reporte de un caso

Diez De Sollano A

Privado, Centro Médico ABC.

Vibrio vulnificus es una de las bacteria gram negativas mas virulentas que existen, puede causar infección de heridas en piel tejidos blandos secundario al contacto de agua contaminada o producir diarrea y septicemia posterior al consumo de mariscos (principalmente ostiones). Esta infección generalmente se ve en asociación con enfermedades crónicas, siendo las de mas de riesgo enfermedad hepática crónica y hemocromatosis. Acudió a nuestro servicio de urgencias un paciente masculino de 47 años de edad con antecedente de Cirrosis hepática criptogénica de 4 años de evolución por presentar diarrea líquida verdosa sin moco ni sangre 24 horas previas a su ingreso, acompañadas de dolor intenso y aparición de eritema en pantorrilla de miembro pélvico izquierdo. Al interrogatorio dirigido el paciente refirió haber consumido ostiones 2 días previos a su ingreso. A su llegada

se encontró con fiebre, taquicardia, hipotensión, confusión y aumento del trabajo respiratorio por lo que se inició ventilación mecánica invasiva y apoyo con aminas vasopresoras. Se inició cobertura antimicrobiana con doxiciclina, meropenem y linezolid. A las 12 horas de su ingreso el paciente desarrollo bulas en ambas extremidades inferiores con datos de síndrome compartamental por lo que se realizaron fasciotomías bilaterales. La tinción de gram y cultivo aeróbico de las bulas fueron negativos, sin embargo los hemocultivos de ingreso fueron positivos para un bacilo gram negativo que posteriormente se identificó como *Vibrio vulnificus*. A pesar de contar con todo el manejo de soporte y cobertura antimicrobiana correcta el paciente presentó mala evolución del choque séptico, desarrollado disfunción multiorgánica, rabdomiolisis, acidosis láctica persistente y murió 48 horas posterior a su ingreso. La septicemia por *Vibrio vulnificus* es una enfermedad grave y con alta mortalidad, se debe realizar diagnóstico rápido para iniciar tratamiento oportuno. Debido a su alta mortalidad los pacientes de alto riesgo deben de ser aconsejados en evitar el consumo de mariscos crudos, particularmente ostiones.

0684 Absceso de psoas secundario. Serie de tres casos clínicos



Flores C0, González M1, Meza P0

0.SSA, Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca; 1.IMSS, Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Introducción: Los abscesos de psoas son un reto diagnóstico para el clínico, si bien la triada de fiebre, dolor lumbar y dolor a la palpación del muslo es importante. La disposición anatómica del psoas explica la afección y sintomatología de los pacientes. **Material y métodos: Reporte de casos:** Caso 1. Femenino de 65 años de edad, con antecedentes; tabaquismo, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, lumbalgia crónica secundario a previa cirugía vertebral. Inicia padecimiento con dolor en muslos exacerbado a la bipedestación y deambulación, fiebre cuantificada en 38°C, se realiza TAC abdomen absceso en psoas y muslo izquierdo fig 1. Ingresa con dolor en miembro inferior izquierdo, se decide drenaje de absceso. Su evolución no satisfactoria, con neumonía asociada a ventilación mecánica, sepsis severa, con fallecimiento posterior. Caso 2. Femenino de 59 años de edad, con antecedentes; Diabetes mellitus tipo 2, fractura de L5 hace 2 años con fijación de material de osteosíntesis. Inicia padecimiento 2 semanas evolución con fiebre no cuantificada, dolor lumbar. TAC de abdomen con evidencia de colección a

nivel de psoas fig 1. dolor abdominal a nivel de fosa iliaca izquierda, Giordano positivo izquierdo. Lumbotomía izquierda con hallazgos de material purulento 200cc dependiente de psoas izquierdo. Su evolución fue satisfactoria. Caso 3. Masculino de 82 años de edad, con antecedentes; tabaquismo positivo, Diabetes mellitus tipo 2, Hipertensión arterial sistémica. Fractura vertebral a nivel de L4, L5 secundaria a caída hace 2 años. Inicia padecimiento hace 5 meses previos a hospitalización con fiebre intermitente hasta 39°C, dolor y aumento de volumen a nivel de muslo izquierdo, TAC abdomen Fig 1. Se realiza drenaje de absceso psoas izquierdo y fasciotomías en muslo izquierdo en 3 ocasiones. Su evolución clínica fue satisfactoria. **Discusión:** El absceso de psoas secundario, se presenta debido a la extensión de un foco infeccioso conocido o no conocido, enfermedad de Crohn, apendicitis, diverticulitis o neoplasias digestivas, espondilodiscitis, sacroileitis, osteomielitis o pionefrosis. **Conclusiones:** Se presentan la serie de 3 casos de pacientes con absceso de psoas con desenlace fatal en 1 caso, donde se encuentra relación entre los mismos el antecedente instrumentación a nivel de columna lumbar. **Bibliografía:** 1. Canóvas Ivorra JA et al. Absceso de psoas primario: a propósito de 5 nuevos casos. Revisión de la literatura. Arch. Esp. Urol.

2003;56:7;775-80 2. Fayad ML et al. Musculoskeletal Infection: Role of CT in the Emergency Department. RadioGraphics 2007; 27:1723-1736 1. López Zabala I et al. Absceso de psoas asociado a infección de una artroplastia de cadera. Rev Esp Quimioter 2013;26(3):198-202.

0695 Complicaciones pulmonares de pacientes con infección por VIH, diagnosticadas por broncoscopia, 14 años de experiencia en el INCMNSZ
Tejeda J, Gutierrez C, Elizalde J, Pérez S

SSA, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Introducción: Las complicaciones pulmonares en pacientes con VIH continúan siendo una causa importante de morbilidad aún en la era post-HAART. La broncoscopia ha sido utilizada como método diagnóstico y terapéutico desde el inicio de la pandemia, sin embargo en México no existen datos sobre la epidemiología de las complicaciones pulmonares y el rendimiento diagnóstico de la broncoscopia. **Objetivo:** Describir las causas de complicaciones pulmonares diagnosticadas por broncoscopia en los pacientes de la clínica de VIH del Instituto y analizar los factores demográficos y clínicos a través del periodo de estudio. **Material y métodos:** Se incluyeron a los pacientes atendidos en el INCMNSZ des-

de 2001 hasta 2014 que tienen diagnóstico de VIH/SIDA y que se les haya realizado al menos una broncoscopia. Se realizó comparación de variables entre los grupos: pruebas T de Student o U de Mann Whitney según corresponda y Chi cuadrada de Pearson en el caso de variables dicotómicas o categóricas.

Resultados: Se incluyeron 294 pacientes, el rendimiento diagnóstico de la broncoscopia fue de 59.9%. La principal indicación para realizar broncoscopia fueron las neumonías adquiridas en la comunidad. El 87.1% de los pacientes tenían 200,000 copias/ml, y solo el 39.5% de los pacientes tenían tratamiento antiretroviral al momento de la broncoscopia. El aislamiento bacteriano más común fue *P. aeruginosa* (54.5%), el oportunista más comúnmente detectado fue *P. jirovecii* (35.8%). El complejo *M. avium*, fue aislado en 17 casos (5.7%). El Sarcoma de Kaposi se diagnosticó en 8.3% de las biopsias pulmonares. Los factores relacionados a mortalidad fueron requerimiento de ventilación mecánica ($p=0.000$), aislamiento de oportunistas ($p=0.043$) y requerimiento de broncoscopia después de un año de diagnóstico de VIH ($p=0.045$). La biopsia pulmonar aportó un diagnóstico significativo en el 45% de las biopsias realizadas, aunque solo se realizó en el 20% de las broncoscopias.

Conclusiones: El rendimiento diagnóstico en el Instituto es

similar a lo reportado en la literatura. Las infecciones fueron la principal indicación para el estudio. La *P. aeruginosa* fue el agente causal más frecuentes de neumonía adquirida en la comunidad en estos pacientes lo cuál sugiere que el esquema empírico debe incluir cobertura empírica contra éste microorganismo.

0700 Encefalitis asociada a Herpes zoster trigeminal en un paciente inmunocompetente: Reporte de un caso

Cuevas J, Buendía E, Trujillo V, Moreno F

Privado, Centro Médico ABC.

Introducción. El herpes zoster representa una reactivación del virus Varicela-Zoster (VVZ). Se caracteriza por una dermatosis vesicular dolorosa que por lo general involucra un solo dermatoma. La encefalitis asociada a VVZ se manifiesta con delirium, alteraciones del estado de alerta, focalización neurológica, crisis convulsivas o cefalea. El diagnóstico se confirma mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en líquido cefalorraquídeo. El tratamiento consiste en Aciclovir 10-15 mg/kilogramo IV cada 8 horas por 2 a 3 semanas. **Presentación del caso.** Se presenta el caso de un hombre de 83 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial sistémica, fibrilación auricular paroxística y diabetes mellitus tipo 2 con nefropatía diabética en terapia

sustitutiva con hemodiálisis, quien presentó un cuadro de herpes zoster a nivel de la rama V1 trigeminal derecha, con queratoconjuntivitis. Se inició tratamiento con Aciclovir intravenoso ajustado a función renal, a 5 mg/kg cada 24 horas, presentando 2 días después desorientación, espasticidad, bradilalia y disartria progresivos. Se solicitó PCR para VVZ en líquido cefalorraquídeo, resultando positiva. Se añadió dexametasona intravenosa al manejo. El paciente presentó mejoría progresiva de las lesiones herpéticas y del estado neurológico, sin secuelas. Fue dado de alta al onceavo día de hospitalización, continuando tratamiento antiviral parenteral de forma ambulatoria. **Conclusiones.** Existen múltiples complicaciones neurológicas asociadas a reactivación del VVZ, incluyendo herpes zoster oftálmico, síndrome de Ramsay-Hunt, mielitis transversa, meningitis, encefalitis e ictus, entre otras. La encefalitis es una entidad poco común en personas inmunocompetentes. Se asocia frecuentemente al herpes zoster con involucro de nervios craneales o cervicales, así como alteraciones de la inmunidad celular. Suele presentarse pocos días después de la aparición de la dermatosis, pero puede manifestarse antes de la aparición de las vesículas o hasta más de 6 meses después, por lo que se requiere un alto índice de sospecha para su

diagnóstico. Es de suma importancia instituir un tratamiento antiviral oportuno debido a la alta mortalidad y riesgo de secuelas neurológicas que conlleva. No existe suficiente evidencia para recomendar el uso rutinario de corticosteroides en estos casos.

0704 Mucormicosis cutánea primaria

Aquino J, Rodríguez E, Ramírez L, Sierra E, Ortega M, González A, Lozano V, Medrano S, Hernández J, Delgado M
SSA, Hospital General Dr. Manuel Gea González.

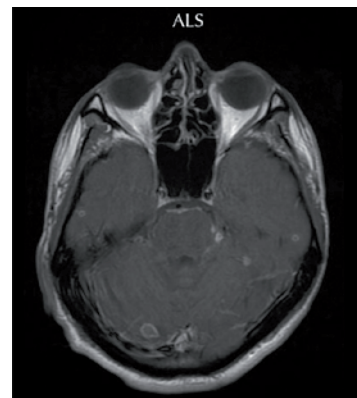
Antecedentes: La Mucormicosis es una infección poco frecuente causada por hongos oportunistas del orden Mucorales (Rhizopus, Lichthemia, Mucor y Rhizomucor). La presentación rinocerebral es la más frecuente, de aparición aguda y generalmente mortal. CASO: Hombre de 40 años hipertenso y diabético. En julio 2015 presentó trauma en tórax posterior; en urgencias se le encontró con fiebre y dermatosis eritemato-violácea de 15x7 cm con centro necrótico. Laboratorios con glucosa 332 mg/dL, leucocitos $2.5 \times 10^9/L$ y neutrófilos $1.3 \times 10^9/L$. Examen directo KOH con hifas cenocíticas; se inició Anfotericina B a 1.5 mg/kg. Por histopatología con necrosis central e hifas hialinas en "forma de listón". Cultivo con esporangiosporas globosas, estolones y rizoides pigmentados.

Discusión: La mucormicosis cutánea primaria es rara (< 10%), secundaria a ruptura de la piel y relacionada a inmunosupresión. La tasa de curación es del 68% con anfotericina B y desbridamiento quirúrgico; tiene mortalidad del 31%.

0716 Tuberculosis diseminada en paciente inmunocompetente: a propósito de un caso

Arteaga M, Valero G
SSA, Hospital Juárez de México.

Masculino de 36 años de edad, Sin antecedentes alérgicos, quirúrgicos, transfusionales o traumáticos, diagnóstico de epilepsia desde hace 3 años en manejo por Neurólogo particular a base de valproato de magnesio 200mg cada 24 horas. Ansiedad, en manejo con sertralina. IVSA a los 21 años, con 4 parejas de tipo heterosexual, diagnóstico de infección por VPH hace 1 año. PA inicio 3 meses previos con tumoración en hemicuello izquierdo inicialmente de 1.5 cms ante la evidencia de tele de tórax con patrón miliar fiebre intermitente pérdida de peso serología para VIH, Hepatitis B Y C Negativo resonancia de cráneo con múltiples imágenes redondeadas de bordes regulares, se realiza toma de mielocultivo y cultivo de líquido cefalorraquídeo para micobacterias, PCR para TB positiva, biopsia de ganglio con tinción de ziehl neelsen positiva Linfos 570 IGA 525, resto normales CD4 28 y CD8 219.



0719 Criptococosis meníngea en paciente no VIH

Arteaga M, Valero G, Osorio D, Hernandez G
SSA, Hospital Juárez de México.

Masculino de 55 años de edad. residente del Distrito Federal toxicomanías desde los 15 años de edad, con consumo desde hace 6 años de forma diaria de marihuana. Niega enfermedades crónicas degenerativas, transfusionales y alérgicos. Quirúrgicos: apendicectomía y circuncisión. Fractura de muñeca en enero del 2009., Andrológicos: Refiere dos parejas sexuales, sin uso de protección de barrera, no refiere prácticas de riesgo. PA cefalea holocraneana intensidad 7/10, ulsatil, sin atenuantes ni agravantes, de 8 días de evolución, desorientación lenguaje incoherente, agitación psicomotriz, Se realizó punción lumbar la cual muestra: glucosa de 46, proteínas de 129, células de 190, de predominio de

polimorfonucleares de 80%, mononucleares 20%. Leucocitos de 8.69, neutrófilos de 6.95, linfocitos de 0.38, plaquetas 254. A su ingreso se encontró con agitación psicomotriz, signos meníngeos, fuerza muscular normal, múltiples lesiones de tiña corporal y onicomiosis severa, estertores gruesos diseminados, abdomen sin alteración. Se realizó punción lumbar 24 horas después y se obtienen los siguientes **Resultados**: glucosa 61, proteínas 76, celularidad 126, polimorfonucleares 40% y mononucleares 60%, se enviaron muestras para cultivo de bacterias, hongos y PCR para Tb. El 25.08.14: se reporta resultado de tinta china con posible criptococo, por lo que se inició manejo con anfotericina B y fluconazol, continuo con ceftriaxona y esteroide indicados a su ingreso, concluyó 14 días el antibiótico, el esteroide en dosis de reducción. con recuperación del estado neurológico. Se detectó durante su estancia diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica, que fueron manejadas con insulina rápida a requerimientos y enalapril. La hemoglobina glucosilada se reportó en 7.2%. Dado que tiene linfocitopenia de CD4 y serología para VIH negativa, se solicitó valoración por Inmunología, aún en estudio de probable inmunodeficiencia. Estudios relevantes realizados durante su estancia: 29.08.14: Reporte de cultivo de líquido

cefalorraquídeo *Cryptococcus neoformans*. 30.08.14: Calcio 8.0 Cloro 103 Potasio 3.7 Sodio 133 Creatinina 1.5 glucosa 313 BUN 29.1 27.08.14 y 01.09.14: ELISA para VIH sin reactividad AgsHB sin reactividad HCV sin reactividad. 11/09/14. Antígeno de criptococo en suero positivo 1:10,000.

0725 Otra forma de presentación clínica de neurosífilis

Laguna M, Pantoja E
ISSSTE, Hospital Regional 1º de Octubre.

La neurosífilis en una infección clínica del sistema nervioso central asociada a *Treponema pallidum*, la cual puede presentarse no sólo en una fase tardía como tabes dorsal y parálisis generalizada progresiva, sino en cualquier estadio de la enfermedad. El caso clínico comprende a un masculino de 62 años de edad con una presentación clínica en forma de gomas. Antecedentes de tabaquismo y etilismo previos intensos por 18 y 40 años respectivamente, con colecistectomía, hace 20 años, apendicectomía hace 17 complicada con peritonitis y resección intestinal y de prostatectomía hace 2 años, con secuelas de estenosis uretral. Inició su padecimiento 3 semanas previas a su ingreso con salida de pápula en región inguinal derecha que evolucionó a pústula, y posteriormente con aparición de nuevas lesiones en región pretibial derecha, dorso

del pie izquierdo, pubis, región sacra y dorso de ambas manos, acompañada de fiebre de 39 grados y diaforesis nocturna. Sus laboratorios con hemoglobina de 10.1, con anemia crónica, leve transaminasemia, albúmina de 1.5 y globulinas de 4.8 gramos por decilitro, glucosa de 79, TORCH sérico con memoria inmunológica para cimomegalovirus, toxoplasma y rubeola, y panel viral de hepatitis y ELISA para HIV no reactivos. Ecocardiograma con FEVI del 60%, válvula aórtica severamente calcificada con estenosis crítica y aneurisma en aorta ascendente de 42 mm. TAC de abdomen con absceso del psoas derecho, adenomegalías cervicales y mediastinales, hepatoesplenomegalia e hipertensión portal. Evolucionó con choque séptico con cultivos de pústulas con *S. aureus* y hemocultivo de catéter positivo a *C. albicans*. Biopsia de piel con piodermia gangrenosa. Prueba de absorción de AC treponémicos fluorescentes positivo 1:8 con VDRL positivo que confirma la presencia de sífilis activa. Recibió tratamiento con PGC.

0727 Hiperparatiroidismo primario en paciente con infección por virus de la inmunodeficiencia humana sin terapia antirretroviral altamente activa

Cortés M
IMSS, Hospital General Regional No. 1, Cuernavaca, Morelos.



Introducción La hipercalcemia es un hallazgo infrecuente (inferior al 3%) en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. Se han comunicado casos aislados de hipercalcemia secundaria a diferentes infecciones oportunistas (*M. avium*, *P. jiroveci* y Citomegalovirus). Aunque son varias enfermedades que pueden cursar con hipercalcemia, entre el 80 y el 90% de los casos son secundarios a hiperparatiroidismo primario.

Caso clínico: Masculino de 30 años, con diagnóstico de VIH (carga viral 210,150 copias/mL, 5.32 Log copias/mL y linfocitos T CD4: 198 cel/ μ L) sin terapia antirretroviral altamente activa. Ingresa por presentar desde hace 1 mes cefalea holocraneana, tipo opresivo, intensidad 5/10, disminuía parcialmente con AINES, sin síntomas asociados. Progresivamente se agregó debilidad de miembros inferiores, bradilalia y desorientación temporo-espacial. De los estudios de laboratorio de ingreso destacaba hipercalcemia moderada (12.5 mg/dL) y perfil TORCH con IgG e IgM reactivo para *Toxoplasma*, resto normal. Ante la sospecha diagnóstica de neuroinfección por oportunistas se analizó LCR obtenido por punción lumbar, el cual presentó pleocitosis con 99% de mononucleares, gram sin evidencia de bacterias, reacción en cadena de la polimerasa de LCR para *M. tuberculosis* negativo. Se

realizó Resonancia Magnética cerebral la cual fue normal. Se determinaron niveles séricos de hormona paratiroidea de 882 pg/mL por lo que se efectuó gammagrama paratiroideo con 99m Tc-SESTAMIBI el cual demostró hiperplasia paratiroidea inferior izquierda.

Discusión: El paciente inició tratamiento antirretroviral con tenofovir, atazanavir y ritonavir. Descartada la neuroinfección y confirmado hiperparatiroidismo primario fue canalizado al servicio de endocrinología para normar tratamiento definitivo, que según los criterios de intervención quirúrgica sería candidato a realizar paratiroidectomía.

0728 Frecuencia de los factores de riesgo identificados para bacteriemias por *Escherichia coli* productora de BLEE en pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna del Hospital General Dr. Manuel Gea González

Nieto Z, Ramírez J, Torres A
SSA, Hospital General Dr. Manuel Gea González.

Introducción: Las betalactamasas de espectro extendido (BLEE) son enzimas codificadas por plásmidos conocidas por su capacidad de hidrolizar las cefalosporinas de amplio espectro y monobactámicos que confiere resistencia a estos fármacos.

Objetivo: conocer la frecuencia de los factores de riesgo identificados para bacteriemias

por *E. coli* BLEE en pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna del Hospital General Dr. Manuel Gea González. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal. Se revisaron 61 expedientes de pacientes con bacteriemias por *E. coli* BLEE ingresados en el servicio de Medicina Interna del Hospital General Dr. Manuel Gea González en el periodo del 1° de enero de 2013 al 31 de marzo de 2015. **Resultados:** La mediana de edad fue de 56.31 años, 51.9% fueron hombres. Las principales comorbilidades fueron: Diabetes mellitus tipo 2 60.6% de los cuales el 83.7% se encontraban con diabetes mellitus tipo 2 descontrolada documentada por HbA1c mayor a 7% e Hipertensión arterial sistémica 41%. El promedio de días de estancia intrahospitalaria fue de 14.4 días. El 47.54% de los pacientes tenían uso de antimicrobianos en los 90 días previos a su ingreso y de ellos el 27.58% tenían antecedente de dos o más antimicrobianos. La prescripción más frecuente fueron las quinolonas con un 17.6%. El 100% de los pacientes recibieron tratamiento antimicrobiano empírico al ingreso al hospital, de ellos únicamente el 13.11% recibió tratamiento empírico adecuado. Respecto al lugar de adquisición el 78.7% fueron adquiridas en la comunidad, 11.5% nosocomiales y 9.8% asociadas a los cuidados de salud. Todos los

aislamientos fueron sensibles a amikacina y carbapenémicos. El 100% de los pacientes presentaron hipoalbuminemia a su ingreso al hospital. Dentro de los desenlaces el 95% de los pacientes fueron dados de alta por mejoría y de ellos el 31% continuaron tratamiento antimicrobiano ambulatorio en la Clínica de ertapenem, el 17% reingreso en un periodo de 30 días por infecciones de vías urinarias. **Conclusiones:** La identificación de pacientes con factores de riesgo potenciales para el desarrollo de infecciones por *E. coli* BLEE es esencial para poder iniciar una terapia antimicrobiana empírica temprana y adecuada con la finalidad de evitar el desarrollo de bacteriemias que incrementan la morbi-mortalidad intrahospitalaria.

0735 Equinococosis quística hepatopulmonar en un paciente con tricoleucemia. A propósito de un caso

Ramírez LO, Pérez GO, Vásquez FO, Valdivia AI

0.SSA, Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca; 1.SSA, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Antecedentes: La equinocosis es una enfermedad zoonótica causada por el césodo en su estado larvario del género *Equinococcus*. La prevalencia en América Latina es alta sin embargo la concurrencia

con cáncer en general, es rara. El diagnóstico es basado en hallazgos clínicos, imagenológicos e histopatológicos. **Caso clínico:** Masculino de 52 Años de edad originario de Cutzama-la, Gro. Ocupación campesino. Cuenta con todos los servicios básicos excepto drenaje. Conviene con aves de corral y ganado bovino. Dx de leucemia de células peludas desde 1998. Recibió QT logrando remisión completa pero un año después abandonó el seguimiento médico. Inició su PA en febrero de 2015 con disnea, estridor intermitente y dolor 2/10 en la EVA en hipocondrio derecho. Un mes después acudió a urgencias por incremento de los síntomas; la RX de tórax sin datos específicos, evolucionó a insuficiencia respiratoria aguda e intubación orotraqueal. A su ingreso no tuvo fiebre o algún otro dato de importancia. Se le realizó TC de tórax en la que se observaron lesiones homogéneas de bordes bien definidos en lóbulo superior izquierdo y llingula. US y la TC de abdomen: múltiples imágenes anecoicas y de aspecto de contenido líquido compatibles quistes hepáticos. Biopsia de quiste hepático: reporte final compatible con quistes hida-tídicos. Por el antecedente de lesiones en pulmón vistas por TC, se solicitó IRM: 3 lesiones quísticas en el segmento ápico posterior, segmento superior del lóbulo inferior y segmento superior de la llingula de 31 x

28 mm, 36 x 45 mm y 51 x 34 mm. respectivamente. Se inició tratamiento con albendazol 400 mg vía oral cada 12 hrs de manera indefinida debido al compromiso hepatopulmonar. Por pancitopenia (Lc 600, Nt 396, Hb 6.6 g/dL, plaquetas 57 000) se le realizó nuevo aspirado de médula ósea: recaída de la enfermedad (tricoleucemia), hematología decidió reiniciar tratamiento con Interferón. La evolución fue favorable y por mejoría se egresó a domicilio con seguimiento en C.E. **Conclusiones:** A pesar de que la Equinocosis se ha considerado una enfermedad de evolución benigna, su curso clínico es muy variable, la evolución incierta y presenta una diversidad de complicaciones como la insuficiencia respiratoria cuando hay compromiso pulmonar como el presente caso, esto la convierte en una patología potencialmente fatal y a su vez en un problema serio de salud pública.

0738 Absceso pulmonar por *Pneumocystis jirovecii* en paciente sin infección por VIH

Hernández G, Sandoval G
SSA, Hospital Juárez de México.

Masculino de 31 años de edad con antecedente de Artritis Idiopática Juvenil diagnosticado los 6 años sin tratamiento aparente. Consumo de tabaco positivo a razón de 7 cigarrillos diarios durante 8 años. Consumo de marihuana e inhalantes durante



7 años. Inicia padecimiento seis meses previos a su ingreso con la presencia de artralgias localizadas en rodillas y tobillos, de tipo inflamatoria ,acompañado de astenia , adinamia y tos productiva de expectoración hialina, posteriormente se agrega la presencia de alzas térmicas no cuantificadas y hemoptoicos , así como parálisis facial periférica derecha. Acude al servicio de urgencias de esta unidad médica, se inicia protocolo de estudio con radiografía de tórax con evidencia de absceso pulmonar apical derecho, tomografía simple de tórax con hallazgo de imagen ovoidea en pulmón derecho de bordes regulares de 9 x 8 x 6 cm hipodensa de contenido heterogéneo (se anexara imagen) . Se solicita panel viral con reporte negativo, cultivo de expectoración de bacterias negativo, BAAR: negativo, citopatológico de expectoración: negativo para células malignas, con presencia de cuerpos basófilos morfológicamente compatible con infección por *Pneumocystis jirovecii*, se inicia manejo con Trimetopim con Sulfametoxazol a dosis terapéutica y esteroide pues a su ingreso se encontraba con hipoxemia. Se envía a broncoscopia diagnóstica con proceso inflamatorio, escasas secreciones en árbol bronquial, lavado bronquioloalveolar con predominio histiocítico, cultivo biopsia negativo, biopsia de lóbulo superior derecho con

evidencia de neumonía crónica y necrosis extensa. Con evolución clínica desfavorable se agrega proceso neumónico nosocomial iniciando manejo con Piperacilina con Tazobactam. Hospitalizado durante 21 días cumpliendo tratamiento antimicrobiano con remisión de la lesión, se egresa con profilaxis secundaria, así como búsqueda de inmunodeficiencia primaria.

0744 Tuberculosis diseminada en paciente con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis

Aguilar S, Gámez L, Cruz A, Delgado J

SSA, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga.

Objetivo: Mostrar la relevancia de la detección de tuberculosis en pacientes que tienen como factor de riesgo insuficiencia renal (IRC) en hemodiálisis. **JUSTIFICACIÓN:** La IRC incrementa 6 veces más el riesgo de tuberculosis (en especial extra pulmonar) asociada a hemodiálisis; sobre todo en quienes presentan anemia e hipoalbuminemia; sin embargo, no se realiza tamiz para detección. **Presentación de caso:** Masculino de 32 años, con antecedente Hipertensión arterial e IRC en hemodiálisis. Cuadro de tres días con disnea, tos en accesos, expectoración asalmonada, aumento de volumen en sitio de inserción de catéter Mahurkar, fiebre y dolor abdominal generalizado. Clínicamente con tumoración

en orificio de entrada del Mahurkar, blanda, dolorosa, 5x5 cm; sin síndrome pleuropulmonar, soplo holosistólico plurifocal y ascitis tabicada. Laboratorio: hemoglobina 7.3 g/dl, urea 269.6 mg/dl, creatinina 13.6 mg/dl, potasio 7.2mmol/L, prueba rápida para VIH negativa. Ultrasonido abdominal: ascitis con septos. Tomografía de tórax: probable osteosarcoma (que posteriormente fue descartado) y cambios inflamatorios en pulmón derecho, sugirió infiltración linfática y parenquimatosa; derrame pleural y pericárdico. Biopsia de tumoración sobre orificio del Mahurkar: material caseoso, BAAR negativo e informe de patología con inflamación crónica y calcificación distrófica. PPD y BAAR de expectoración negativos. Ecocardiograma: derrame pericárdico de 768 cc y endocarditis infecciosa con múltiples vegetaciones en aurícula y ventrículo derechos, otra sobre el catéter, anillo tricuspídeo y valva lateral (perforada) tricuspídea. Drenaje de líquido pericárdico serohemático de 1770 cc, ADA 38.7 U/L y BAAR negativo. Reporte de pericarditis crónica granulomatosa en muestra de pericardio. Hemocultivos sin desarrollo. Paracentesis: ADA 32 U/L, BAAR negativo. *Mycobacterium tuberculosis* en Gene Xpert de expectoración, cultivo de expectoración y biopsia. Inició antifímicos (rifampicina, isoniazida, pirazinamida) y

esteroide sin embargo presenta mala evolución, falleciendo el paciente. **Conclusiones:** La falta de sospecha y detección temprana de tuberculosis eleva la mortalidad hasta el 70%, e incrementa el riesgo de contagio entre usuarios de hemodiálisis, por lo que debemos realizar un tamiz anual. Más del 40% de estos pacientes son anérgicos con PPD negativo lo cual dificultará el diagnóstico.

0752 Infección por *Mycobacterium tuberculosis* ocular. Reporte de un caso y revisión de literatura

Mendoza P

ISSSTE, 1 de Octubre.

Femenino de 68 años, originaria y residente del DF, con antecedentes de HAS y EPOC, COMBE negativo con antecedente de viajes dentro de la república mexicana. Inicia el 26/08/13 con dolor en ojo derecho, cefalea, diaforesis nocturna y pérdida progresiva de la agudeza visual. con mayor rapidez en las últimas 2 semanas al 26/03/14. EF. Alerta, funciones mentales conservadas, disminución importante de la agudeza visual de ojo derecho. Ruidos cardíacos rítmicos. Murmullo vesicular presente. Abdomen blando depresible no dolor no datos de irritación peritoneal peritonitis normoactiva sin visceromegalias, Giordano negativo. Extremidades superiores e inferiores integrales, fuerza 5/5 arcos de movilidad integrales,

normoreflexia, normoestesia, Laboratorios Leucocitos 10480 neutrófilos 9250 linfocitos 900 hemoglobina 15.1 hematocrito 45.1 plaquetas 399 000 glucosa 130 creatinina 0.72, urea 34, ácido úrico 7.6, sodio 134, potasio 4.8 depuración de creatinina 78 ml/min, VSG 92 mm/hr, AST 19 UL/L, ALT 22, BT 0.5, BD 0.1, ancas negativos Líquido cefalorraquídeo cultivo para bacterias negativo, PCR para mycobacterias en LCR positivo. PCR para citomegalovirus negativo. IMG para toxoplasmosis negativo. Fondo de ojo fenómeno de Tyndall Resonancia magnética nuclear efecto de pequeños vasos. Tratamiento Recibió tratamiento con DOTBAL por 9 meses y esteroide, con mejoría Conclusiones Es fundamental un alto índice de sospechas en infección por mycobacterias extrapulmonar para resolver secuelas y complicaciones que comprometen la calidad de vida.

0753 Rickettsiosis asociada a rabdomiolisis: presentación de un caso

Garzón K, Martínez I

SSA, Hospital General Dr. Manuel Gea González.

Masculino de 62 años, sin antecedentes crónicos degenerativos, presentó pápulas eritematosas, no pruriginosas, de forma generalizada, secundario a mordedura de Ixodes en pie derecho, 2 días previos

al cuadro. Posteriormente se agregó astenia, fiebre no cuantificada, artralgias y mialgias que incrementaron de intensidad hasta limitar parcialmente la deambulacion. A su ingreso al Hospital General "Dr. Manuel Gea González" reportó CK: 10592, mioglobina: 1400, CKMB: 134, troponina: 0.02. Se solicitaron anticuerpos Anti RNP, Anti SM, SSA/SSB, IgG Anti MPO y Anti PR3, todos ellos negativos. Biopsia de piel y músculo deltoides con presencia de fibras musculares sin alteraciones. Mientras resultado de PCR positivo para Rickettsia. Se dio manejo hídrico junto con doxiciclina presentando franca mejoría. Este caso muestra que la fiebre manchada presenta un cuadro clínico inespecífico, pero que puede llegar a tener afectación multiorgánica, siendo primordial iniciar tratamiento de forma precoz



Figura . Exantema maculopopular difuso.

0765 Gangrena simétrica periférica

Ruiz A

Otra, Hospital General Naval de Alta Especialidad, México.

Mujer de 38 años de edad, residente de Champotón Es trasladada a nuestro hospital en ambulancia aérea institucional por cuadro de choque séptico secundaria pielonefritis enfisematosa. EN ucía con estado de choque profundo con lactato de 5.6 y SvO₂ 45 para lo cual se ajusta el manejo a los paquetes y metas de la campaña para incrementar la sobrevida en sepsis. A las 24 horas desarrolla paro cardíaco retornando a circulación tras el 2do ciclo de reanimación cardiovascular. En cultivos se aísla *Pseudomonas aeruginosa* multidrogoresistente siendo tratada con colestimetato. Al tercer día de estancia en UTIA la paciente presenta cambios de coloración y llenado capilar distal en las 4 extremidades: cianosis y petequias en las zonas acras que conflúan



formando placas equimóticas, correspondientes a infartos cutáneos. Los pulsos arteriales periféricos eran palpables. se egresa de UCIA por mejoría con subsecuente necrosis y momificación de las 4 extremidades en zona distal.

0780 Gnatostomiasis: una causa descuidada de paniculitis

Ruiz J^o, Ruiz Jⁱ

^oSSA, Hospital de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús; ⁱSSA, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Se trata de un hombre de 57 años de edad, casado, empleado en una sucursal de camiones, historia familiar positiva para diabetes mellitus e hipertensión por rama materna, niega tabaquismo, consume ácido valproico por historia de crisis convulsivas desde hace 10 años, como antecedentes quirúrgicos positivos para 2 cirugías por listesis y colocación de prótesis; 1 artroscopia de hombro derecho por manguito rotador, niega transfusiones o alergias. Historia de viajes: a región costeña de Chiapas, consumo positivo para pescados y mariscos frescos, viaje a Veracruz donde también consume mariscos de manera frecuente. Acude por historia de 3 semanas con aumento de volumen sin fiebre, hiperestesia en región de flanco izquierdo que se extiende hacia región inguinocrural izquierda próximo al triángulo

de Scarpa, se delimita una zona de eritema, induración, dolor y una masa palpable en panículo adiposo de aproximadamente 35x20 cms impresiona adherida a planos profundos, no hay presencia de vesículas ni zonas confluentes. Tomografía de abdomen con incremento de volumen franco en tejidos blandos, sin afección visceral. En los exámenes de manera importante Leucocitos totales en 9650 con eosinofilia marcada en 12 %. Resto irrelevantes para el PA. Cabe destacar que previo a la consulta había recibido 2 esquemas de antimicrobianos sin mejoría absoluta del cuadro actual. Se sospechó Gnatostomiasis por lo que se inició tratamiento con Albendazol 200 mg cada 8 horas y solicitando serología para Gnatostoma resultando positiva (Resultado recibido 2 semanas posteriores al inicio de tratamiento). El paciente evolucionó favorablemente y se presenta el caso por la relevancia de las llamadas "Enfermedades Tropicales descuidadas" (Neglected Tropical Diseases, por sus siglas en inglés) y la importancia del diagnóstico clínico y los antecedentes epidemiológicos que adquieren importancia en el caso. La evolución del cuadro resolvió por completo.

0788 Leptospirosis icterica

Pantoja E, Ibarra J, Mendoza P
ISSSTE, Hospital Regional 1º de Octubre

Femenino 43 años, factores de riesgo: obesidad, contacto indirecto con roedor 5 meses previos e ingesta de quesos frescos no pasteurizados. Hipertensión arterial de 4 años, secundario a preeclampsia en tx con lbersartan. Legrado 6 años, 2 cesáreas última 02-2015 por Sx. Hellp. Fracturas y alergias (-), transfusiones (+) en este internamiento. Inicia a finales de 01-15 fiebre 39°C, nocturna, diaforesis, astenia, adinamia, hiporexia, perdida 8 kg en 1 mes, tos productiva purulenta tratada con claritromicina, mejoría por 10 días. Persiste con fiebre, malestar general, se Dx. Sx. de Hellp realizan cesárea, 5 días después febril, ictericia, dolor súbito, punzante, EVA 9/10 en hipocondrio derecho, nauseas, vomito; ingresa a cirugía 17/03/15 con TGO 689, TGP 235, BT 3.53, BD 3.11, albumina 2.1 g/dl, USG: Hepatomegalia y piocolécisto litiasico, colecistectomía 18/03/15 hallazgo: lito enclavado en conducto cístico, histopatología: colecistitis crónica agudizada, fibrosis moderada transmural y litiasis. El 20/03/15 fiebre, aumento de ictericia, astenia, adinamia, somnolencia, vértigo, TGO 704, TGP 266, BT 4.6. 26/03/15 con disnea progresiva hasta ortopnea, TGO 399, TGP 144, BT 6.3, BD 6.2, albumina 1.7, LDH 1156, K 3.1, HB 8.5, HTC 25.9%, plaquetas 105,000, linfocitos 910, TP 34.4, INR 2.54, TPT > 180 seg,

ingresa a Terapia Intensiva, con choque distributivo, afebril en manejo con Piperacilina-tazobactam. 31-03-15 ingresa a MI persistiendo con Fiebre de 39°C nocturna. EF: Glasgow 15 pts, ictericia +++, claro pulmonar, murmullo vesicular, rscs rítmicos de buen tono e intensidad sin soplos, abdomen globoso, mate en hipocondrio derecho, blando, hígado de 20-15-15 cm doloroso, esplenomegalia de 9 cm, penrose con liquido seroso 100 cc, extremidades fuerza muscular 4/5, maculas puntiformes de 2 mm de diámetro en cara anterior de piernas y muslos de forma bilateral simétrico, edema +++, ROT'S ++. Se realiza: panel viral HIV, Hepatitis A-B-C-E-D (-), perfil inmunológico-reumatológico (-), perfil TORCH (-), cultivos (-), CPS (-), SOH(-), PCR TB (-), Ac. anti Brucella, rosa bengala, Ac. Anti LKM, Ac. Anti Mitocondria(-), PANTAC contrastada con Hepatoesplenomegalia, Colangiografía percutánea (-), Biopsia Hígado: Esteatosis, colestasis centrolobulillar, necrosis coagulativa, infiltrado linfocitario, Biopsia MO e IHQ (-), se confirma caso Leptospirosis Microaglutinacion (+), se da Tx Doxiciclina con mejoría clínica.

0800 Hipoglucemia asociada al uso de levofloxacino

Valdés L, Soberanis P, Villagroy J Privado, Hospital Ángeles Lomas.

La hipoglucemia no es común en pacientes no diabéticos, pero es una condición grave. Existen menos de 10 reportes donde la han asociado al uso de quinolonas, principalmente gatifloxacino. Suele presentarse en personas mayores, DM2 y/o uso de hemodiálisis. Presentamos una paciente no diabética que tomó levofloxacino días previos a desarrollar hipoglucemia sintomática con hiperinsulinismo documentado. **Caso:** mujer de 64 años, con historia de 2 Stents en CD en 2013 por angina, desde entonces toma atorvastatina, bisoprolol, ASA, ácido fólico. Un mes previo al cuadro actual acudió con homeópata quien prescribió tabletas de cactus, kalmia, latrodectus, cham stram lopho, millefolium, colchicum, stillingia, phosphorus, ácido fluorium, merc corr caps; negó haberlas consumido. Inició su padecimiento 6 días previos con evacuaciones líquidas, fiebre, escalofríos, diaforesis, asociado a nauseas y vómitos. En otro hospital recibió hidratación IV y se egresó con levofloxacino, consiguiendo mejoría. El día de su ingreso (febrero 2015) acudió a urgencias por lipotimia, nauseas, disminución de la fuerza, diaforesis y mareo; en su evaluación inicial se encontró con glucometría de 25 mg/dl por lo que se manejó con glucosada al 50% con mejoría. Durante su estancia persistió con hipoglucemias sintomáticas a pesar de vía oral

y solución glucosada al 5%. En hipoglucemia sintomática se realizaron estudios donde destacó niveles de insulina, proinsulina y péptido C elevados, glucosa de 16, beta hidroxibutirato baja, niveles de sulfonilureas indetectables, anticuerpos antinsulina negativos, niveles de cortisol normales. TAC trifásica páncreas normal. Recibió vigilancia estrecha y solución glucosada, permaneciendo euglucémica 36 horas posteriores. Se egresó para seguimiento por consulta sin presentar nuevos episodios de hipoglucemia hasta la fecha. Discusión. Es un caso de hipoglucemia hiperinsulinémica, siendo levofloxacinó el asociado de acuerdo a la escala de causalidad de Naranjo. De los homeopáticos, encontramos un caso de posible asociación de hipoglucemia por el consumo de tunas en un paciente diabético con metformina y glipizida. Un estudio murino sugiere que estimulan canales de K-ATP que bloquean la liberación de insulina, similar a las sulfonilureas. Es esencial crear conciencia sobre este efecto por levofloxacinó para prevenir consecuencias desafortunadas.

0818 Perfil clínico, inflamatorio, de discapacidad autopercebida (DA) y seguimiento prospectivo a 20 semanas en primeros casos confirmados de Fiebre Chikungunya (ChikV) en el departamento de Medicina Interna del HRAE Ciudad Salud

Ramírez J⁰, Sepúlveda J⁰, Ocaña M⁰, Contreras A¹, Canseco L⁰, Trujillo K⁰, Vera O²

⁰SSA, Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud; ¹SSA, Hospital Juárez de México; ²IMSS, Hospital De Especialidades del Centro Médico La Raza

Introducción: chikV se introdujo a México en Oct-2014. El estado de Chiapas registró los primeros casos. El perfil clínico e inflamatorio se desconoce en mexicanos. **Objetivos:** Informar el perfil clínico, de inflamación, DA y seguimiento prospectivo en los primeros casos de Fiebre Chikungunya en mexicanos. **Métodos:** se diseñaron dos estudios en pacientes atendidos por el Departamento de Medicina Interna del HRAE Ciudad Salud en el periodo de Ene-Abr 2015: Uno transversal descriptivo para caracterizar el perfil clínico, inflamatorio y de DA durante la fase aguda; y otro de cohorte prospectivo dinámico, para evaluar a las 4,8,12,16 y 20 semanas el perfil clínico, inflamatorio, la incidencia de enfermedad subaguda y crónica y la DA. Se obtuvo consentimiento informado; se realizó estadística descriptiva e inferencial paramétrica y no paramétrica. La infección fue confirmada por RT-PCR en el Laboratorio de investigación del HRAE; la DA se evaluó mediante el instrumento de la OMS WHODAS II en español. **Resultados:** se incluyeron 10 sujetos:

la edad al diagnóstico fue de 46.9 ± 16.6 años; hubo 4 hombres (40%) y 6 mujeres (60%) comorbilidades: 3 con DT2 o HAS (30%), 2 con Lupus Eritematoso (20%), 1 dislipidémico (10%) y el resto sano (40%). Los síntomas más frecuentes fueron: fiebre (100%), artralgias (100%), mialgias (80%), rash (80%), artritis (50%), náusea (50%), vómito (20%). Se registraron dos casos graves con manifestaciones atípicas. y una coinfección con DenV. El hemograma y marcadores de inflamación al diagnóstico fueron: hb: 12.6 ± 1.67 , leucocitos: 6805 (2300-19380), plaquetas: 309.5 (3-416), Proteína C reactiva: 1.22 (0.2-19)mg/dl, eritrosedimentación: 27.7 (15-76)mm/h. La DA en la fase aguda fue de $74.5 \pm 7.59\%$. Durante el seguimiento se registró una muerte, 5 casos subagudos (50%) y 3 casos crónicos (30%). Tanto la DA, como los marcadores de inflamación fueron significativamente mayores durante la fase subaguda y crónica en comparación con los casos curados en la fase aguda ($p < 0.05$). **Conclusiones:** las manifestaciones de ChikV, el perfil de inflamación y la prevalencia de enfermedad subaguda y crónica en mexicanos son concordantes con las reportadas por otras casuísticas internacionales. Por primera vez en nuestro conocimiento, medimos el grado de discapacidad asociada a la infección, demostrando que permanece

elevada en casos subagudos y crónicos.

0831 Mielitis transversa aguda por virus del herpes zóster; presentación de un caso servicio de Medicina Interna, Hospital General de Tlaxcala, Tlaxcala, México

González D, Díaz G, Quezada R, Urrutia B

SSA, Hospital General de Tlaxcala Dr. Miguel Lima Ramírez

Antecedentes: la mielitis transversa aguda es rara en personas inmunocompetentes. La infección por virus herpes zóster (HZ), es común en inmunocomprometidos y seniles. **Objetivo:** presentar caso de paciente con déficit motor periférico e insuficiencia respiratoria aguda (IRA) tipo I. **Informe de caso:** mujer, 51 años, hipertensa crónica. Historia de HZ mal tratado. Presenta parestesias de extremidades superiores, incapacidad para deambular e IRA tipo I, requirió soporte de vida. Punción lumbar con hipogluorraquia y HZ tipo 1. Resonancia magnética cervical con hiperintensidades y dilatación de conducto medular de bulbo hasta C6. Biopsia de médula reportó mielitis aguda. El tratamiento fue de apoyo. **Conclusión:** la mielitis transversa por HZ es inusual, puede afectar cualquier parte de la médula espinal; debe sospecharse en infección por HZ previa y deterioro motor progresivo. No existe tratamiento estándar; la

terapéutica temprana con antiviral y esteroide podría mejorar el pronóstico.

0838 Brucelosis crónica como causa de fiebre de origen a determinar

Rodriguez A

IMSS, Hospital General Regional No. 1

La brucelosis es una infección zoonótica transmitida a los humanos a través de contacto con fluidos de animales infectados (ovejas, puercos, ganado, cabras, otros animales), o inclusive productos derivados de estos animales que no estén pasteurizados, como leche o queso. La brucelosis presenta una alta mortalidad tanto en humanos como en animales, esto es importante debido a que es causa de pérdidas económicas y problemas de salud pública en muchas ciudades, se ha observado que la prevalencia de la brucela ha aumentado debido al turismo y la migración. La prevalencia de la infección por *Brucella* depende de diferentes factores incluidos la geografía, prácticas de labranza, técnicas de preparación de la comida y su comercio. La infección podría resultar de la adquisición de la bacteria mediante contacto con animales infectados, por solución de continuidad de la piel, conjuntiva, inhalación de polvo en aerosol contaminado. Se ha observado una predisposición genética en diferentes regiones en 9% de

los casos. El diagnóstico de la brucelosis por *Brucella* se establece cuando están aislados de la sangre, la médula ósea, u otros fluidos corporales o tejidos. Las técnicas de cultivo toman mucho tiempo, son insensibles, y suponen un riesgo para adquirir la infección en el laboratorio. La técnica de cultivo de sangre bifásica (sólidos y líquidos) de Ruiz-Castañeda todavía se utiliza sin embargo los hemocultivos son más eficaces. El porcentaje de casos con hemocultivos positivos oscila de 15 a 70%. La mayoría de los cultivos de sangre son positivos entre el día 7 y 21. El objetivo del tratamiento de la brucelosis es controlar la enfermedad y prevenir las complicaciones, las recaídas y las secuelas. Principios importantes del tratamiento de la brucelosis incluyen el uso de antibióticos con actividad en el medio intracelular ácido (doxiciclina, rifampicina), el uso de regímenes de combinación, y la duración prolongada del tratamiento. La doxiciclina más estreptomycin una vez al día durante los primeros 14 a 21 días. Por el contrario, los niveles elevados de anticuerpos IgG pueden persistir durante años en individuos totalmente tratados sin signos clínicos de la infección. Se presentan 3 casos clínicos relacionados con fiebre de origen desconocido, el primer caso de una paciente femenina de 21 años con antecedente de presentar lumbalgia



desde los 15 años de edad, sin causa atribuible, aunado a esto hace 3 meses presenta fiebre de 39°C, de predominio vespertino, por lo que se presenta a nuestro servicio en donde se inicia protocolo de estudio para fiebre de origen a determinar, se toman Tomografía toracoabdominal, hemocultivos y urocultivos en serio de 3, negativos, y gamagrama ósea, se inicio tratamiento con Rifampicina y clindamicina, con mejoría y remisión del **Cuadro clínico**. Caso 2, se encuentra paciente femenino de 25 años, sin contar con antecedentes crónico degenerativos, inicia su padecimiento actual hace 4 meses con fiebre vespertina de hasta 40°C, y presencia de lumbalgia que en un inicio se presentaba de forma conjunta con el periodo febril, sin embargo posteriormente se presenta de forma constante, se ingresa a nuestro servicio, donde solo se encuentran los picos febril, sin presentar policultivos positivos para algún germen, se realizan pruebas de gabinete sin ningún dato anormal, posteriormente se realizan pruebas serológicas para brucelosis y se inicia tratamiento con Rifampicina y clindamicina. Caso 3. Paciente masculino de 35 años, con presencia de fiebre de 39°C, aproximadamente por 6 meses, sin predominio de horario en un inicio posteriormente se presenta de forma vespertina, aunado a esto un mes previo a su ingreso presenta lumbalgia

intermitente, sin predominio de horario, posteriormente se presenta de forma constante, por lo que se ingresa al servicio de medicina interna, se realizan estudio de laboratorio y gabinete, sin alteraciones, por lo que se le solicitan pruebas serológicas, se inicia tratamiento con tetraciclinas y Rifampicina, con lo cual se nota mejoría de la sintomatología y negatividad serológica. La relevancia de este caso destaca en la etiología de la fiebre de origen a determinar en estos casos es secundaria a *B. melitensis*, la cual es una causa poco común, se estima que es responsable de un 5% de las causas infecciosas asociadas a fiebre de origen desconocido, dentro de las cuales es de vital importancia evaluarla ya que para este tipo de microorganismos no existen pruebas de escrutinio específicas dentro de los primeros pasos para el abordaje de esta entidad, en especial por el pronóstico propio de la enfermedad ya que no se logra la erradicación de la bacteria y aun mas tórpido debido a que en este tipo de casos los paciente presentaron una espondilitis brucelar, dentro de las cuales es la más difícil de erradicar, se han reportado en hasta un 15 % de los casos. El pronóstico de neurobrucelosis es variable; ya que se ha encontrado en un 11% una recuperación completa de la función neurológica.

0840 Feohifomicosis renal en paciente con infección por

virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

Martínez A⁰, Díaz C¹, Ahumada V²

⁰IMSS, Hospital General Regional No. 1 Dr. Carlos Macgregor Sánchez Navarro, ¹Otra, Centro Médico ISSEMYM Ecatepec, ²SSA, Instituto Nacional De Enfermedades Respiratorias.

Las feohifomicosis son una variedad de hongos dematiáceos formadores de hifas, se caracterizan por el pigmento de melanina de color pardo en sus paredes celulares. La vía de entrada puede ser cutánea o inhalatoria, considerados patógenos oportunistas, causan infecciones superficiales o profundas, raramente se presentan en pacientes con infección por VIH. **Informe de caso:** hombre de 56 años, chofer de grúas y cuidador de rosales, historia de traumatismos, diabetes, hipertensión, dislipidemia, enfermedad coronaria, tabaquismo, alcoholismo, laparotomía en el 2012 por perforación intestinal. Portador de VIH desde el 2002 en control virológico, carga viral < 40 copias y CD4 466 cl/mm³ en tratamiento con Tenofovir/ Emtricitabina y Atazanavir/ ritonavir. Se detectó alteración de la función renal con Tasa de Filtrado Glomerular (TFG) de 40 ml/min, proteinuria y hematuria persistentes, progresión en 6 meses a TFG de 19.5 ml/min, hipertensión resistente a tratamiento; ingresándose para

estudio del síndrome nefrítico. Al examen físico edema hasta miembros torácicos, descamación y fisuración de espacios interdigitales hasta las plantas de ambos pies, uñas engrosadas con onicólisis. **Laboratorios:** acidosis metabólica con anión gap normal, albúmina 2.8 g/dl, triglicéridos 275 mg/dl, fósforo 3.3 mg/dl. Albuminuria 14624 mg/24h, sedimento urinario con leucocitos y eritrocitos. Ecografía renal: riñón derecho normal e izquierdo con cambios inflamatorios agudos. Se realiza biopsia renal izquierda, cortes histológicos con tinciones de Hematoxilina-eosina, PAS, Masson donde se aprecian hifas anchas pigmentadas septadas de pared gruesa características de una feohifomicosis. Inició tratamiento con voriconazol intravenoso y prednisona para la nefritis intersticial, se ajustó la terapia antiretroviral a raltegravir y zidovudina/lamivudina. Egresó con voriconazol vía oral, la evolución fue tórpida y 3 meses después presentó TFG de 9 ml/min, se sugirió inicio de terapia de sustitución de función renal. **Discusión:** la incidencia de feohifomicosis en pacientes inmunosuprimidos es baja, puede llegar al 9% de todas las infecciones fúngicas invasoras. No existen reportes de invasión renal en un paciente portador de VIH. El inmunocompromiso, la expresión súbita de la enfermedad y la limitada terapéutica con

la que contamos en nuestro medio hace que se asocie a un mal pronóstico.

0845 Trombosis séptica del sistema portal (Pileflebitis). Reporte de un caso

Pezina C⁰, Martínez E⁰, Morales A⁰, Téllez R¹, Villarreal M⁰, Galarza D⁰

⁰Universitario Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), ¹Otra, Hospital General de Saltillo, Coahuila.

Antecedentes. La trombosis séptica del sistema portal o alguna de sus ramas (pileflebitis) es una complicación infrecuente de infecciones intra abdominales.

Informe de Caso. Masculino de 44 años, antecedente de diabetes mellitus tipo 2. Acude a valoración por presentar dolor abdominal de 7 días de evolución, fiebre de 38.3°C e ictericia. A su ingreso se reporta neutrofilia de 12.8X10³/L, alanin aminotransferasa 111 UI/L, hiperbilirrubinemia directa de 4.2 mg/dl, gamma glutamil transpeptidasa 320 UI/L. Tomografía de abdomen contrastada reporta diverticulitis aguda y trombosis de la vena mesentérica inferior. Se diagnostica pileflebitis en base a cuadro clínico y hallazgo radiológico. Se inicia antibioterapia con respuesta parcial agregando anticoagulación terapéutica con heparina/rivaroxaban. **Discusión.** Pileflebitis

es una complicación inusual de infecciones abdominales que puede manifestarse como un cuadro de colangitis. No existen indicaciones claras para inicio de anticoagulación

0848 Nocardiosis diseminada en un paciente inmunocomprometido con mieloma múltiple

García J², Guerrero J⁰, Zapata N², Domínguez R⁰, Conde E¹, Cervera E², Hernández R³, Martínez R⁴

⁰Privado, Fundación Clínica Médica Sur, ¹SSA, Fundación Clínica Médica Sur, ²SSA, Instituto Nacional de Cancerología, ³SSA, Hospital General Manuel Gea González, ⁴SSA, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Introducción: la reciente explosión de casos de Nocardia causados por especies emergentes es alarmante especialmente en pts. inmunocomprometidos por trasplante, cáncer y VIH; eventualmente se han descrito en inmunopetentes. **Caso clínico:** hombre 66 años de edad, diagnóstico de mieloma múltiple IgA Lambda ISS III; IRC en HD y tratamiento prolongado con altas dosis de esteroides (ADE). Se halla en Urgencias, manejo previo en MDACC/Houston con bortezomib y QT sistémica. Ingresó con astenia, adinamia, fiebre NCpT, disnea y delirio > 1 semana; hay antecedente al menos 2 episodios de sepsis y drenaje



de abscesos cutáneos (tórax y muslo), se desconoce microbiología. Al EF con lesiones cutáneas equimóticas, datos de debilidad de miembros pélvicos. HB: 9 g/dL, GB 19/ mL, PMN 96%, Linfocitopenia: 3%, CD4 y CD8 ambos < 200/ mm³. PCT 0.5 ug/L, CrS 4 mg/ dL. TAC tórax derrame pleural bilateral, consolidación bibasal (> der.) y masa prevertebral (T7), prob. plasmocitoma con compresión extrínseca esófago y bronquio princ. izq. Se inicia ceftriaxona-clindamicina sin mejoría. Además de RT a plasmocitoma. 1 semana después TAC SNC > 10 lesiones intracerebrales con realce en anillo (= que IRM), absceso en

psoas izq. y glúteo der. punción-drenaje-catéter cultivo + Nocardia (farcinica), se cambia a TMP/STX, linezolid, meropenem, con lo que hay mejora clínica y paraclínica (incluyendo IRM = < lesiones SNC). Fractura con mielopatía compresiva. Suspende ADE y sin mayor mejora particularmente neurológico-hematológico, aunque sí afebril y sin recurrencia de abscesos drenados, 6 semanas después fallece pese a mejoría de lesiones SNC, psoas y tej. blandos. **Discusión:** las infecciones por Nocardia son cada vez más frecuentes probablemente por la combinación de mejores diagnósticos microbiológicos

y mayor conocimiento de factores de riesgo. Los abscesos cerebrales por Nocardia son infrecuentes (2% casos aislados) pero hasta 10-20 veces más, en formas diseminadas. Es importante la descripción de especie (sp.) ya que se describen susceptibilidades diferentes de acuerdo a cada una de ellas. **Conclusión:** Nocardia debe ser diagnóstico diferencial de toda infección (confirmada/sospechada) en inmunocomprometidos. Es importante identificar sp. y susceptibilidad para establecer la terapia antimicrobiana (TMP/SMX base del tratamiento). En abscesos (incluye SNC) el drenaje quirúrgico es ideal.

MISCELÁNEOS

0039 Menos es más (reducción de infecciones de vías urinarias y uso de sondas foley mediante herramienta electrónica)

Garza F, Galarza D

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL

Introducción: el uso de sondaje vesical, mediante sonda Foley es útil en los pacientes para cuantificación de diuresis en pacientes críticamente enfermos, drenar orina, obtención de muestras y procedimientos urológicos, se estima que hasta

el 25% de los pacientes internados requieren colocación de sonda Foley durante algún punto de su internamiento y hasta 50% de estos pacientes persisten con la sonda a pesar de no tener indicación de la misma, aumentando la tasa de infecciones de vías urinarias (IVU), costo de estancia hospitalaria y aumento en la mortalidad, con una causa prevenible; un estudio piloto en nuestra institución, demostró que el 21% de los residentes no estaban enterados de que

su paciente tuviera colocada la sonda Foley y por lo tanto no podían tomar decisiones sobre si esta debía de continuar o ser retirada, por lo cual nos dimos a la tarea de crear una herramienta electrónica con un apartado específico para el monitoreo diario y seguimiento de pacientes con sondaje vesical en el expediente electrónico. **Objetivos:** reducir las IVU asociadas al uso de sondas Foley y reducir el número de sondas Foley que no tengan indicación de continuar. **Material y métodos:** se realizó